

Karşılıksız Aşk ‘de Clerambault Sendromu’: Bir olgu sunumu

De Clérambault’s Syndrome: A Case Report

Öz

Erotomani, hakkında 1921’de geniş kapsamlı bir inceleme belgesi (Les Psychoses Passionnelles) yayımlayan Fransız psikiyatrist Gaëtan Gatian de Clérambault’dan (1872-1934) sonra Clérambault sendromu olarak da adlandırıldı. De Clérambault sendromu; bireyin özgül bir şekilde başka birinin kendisine aşık olduğuna inandığı, ayrıntılı ve düzenli sanrıyla belirgin nadir görülen bir sendromdur. Sanrı genellikle cinsel bir çekicilikten çok manevi bir bağlanma ve romantik bir aşkla ilgilidir. Hastalar çoğunlukla orta sınıftan kadınlardır. Sözde sevgili genellikle; daha yaşlı, ekonomik ve sosyal açıdan daha yüksek sınıftan, evli ve hastaya uygun olmayan bir bireydir. Belirtilerin başlangıcı ani olabilir ve sıklıkla kişinin yaşamının temel odağı haline gelir. Hipokrat zamanından beri bilinmesine karşın, ilk kez De Clerambault tarafından tanımlanan bu bozukluğun nasıl başladığına, seyri, tedavisine ilişkin bilgiler sınırlıdır. Çalışmamızda; 52 yaşında, ilkökul mezunu, işsiz, dul ve hekimin kendisine aşık olduğuna ilişkin sanrı geliştiren bir kadın hasta nedeniyle sendromun etiyoloji, klinik ve tedavi açısından tartışılması amaçlanmıştır.

Abstract

Erotomania is also called de Clérambault's syndrome, after the French psychiatrist Gaëtan Gatian de Clérambault (1872–1934), who published a comprehensive review paper on the subject (Les Psychoses Passionnelles) in 1921. De Clérambault’s Syndrome is a syndrome whose hallmark is an elaborate, rare, systematized delusion; specifically, the patient becomes convinced that she or he is passionately loved by another person. In general, the delusion is associated with romantic love rather than sexual attraction. The patients are usually women from modest backgrounds, while the perceived lovers are generally older men of distinctly higher social and financial status who are almost inevitably married and unavailable. The onset of the symptoms can be sudden and often becomes the central focus of the affected person’s life. Although it has not been known since the time of Hippocrates, information on the course, treatment, and treatment of how this disorder was first described by de Clerambault is limited. This paper discusses aetiological, clinical and treatment aspects of the syndrome with reference to a typical case who is 52 [year]s, widowed, unemployed, graduated from primary school and has a delusion that she was loved by a physician.

Giriş

Erotomani, hakkında 1921’de geniş kapsamlı bir inceleme belgesi (Les Psychoses Passionnelles) yayımlayan Fransız psikiyatrist Gaëtan Gatian de Clérambault’dan (1872-1934) sonra Clérambault sendromu olarak da adlandırıldı. Erotomani tarihsel süreçte dört farklı şekil-

Arş. Görv. Burak OKUMUŞ
Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi
Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim
Dalı,

Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:

Arş. Görv. Dr. Burak Okumuş
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi
Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Tel/phone: +90 553 773 43 34
E-mail: okumusband@gmail.com

Anahtar Kelimeler:

De Clerambault sendromu,
erotomani, klinik, tedavi

Keywords:

De Clérambault’s Syndrome,
erotomania, clinical, treat-
ment

de tanımlanmıştır. On sekizinci yüzyılın başlarına kadar uzanan ilk tanımlama 'karşılıksız aşktan kaynaklanan genel hastalık' şeklindeydi. İkincisine göre, erotomani, 'seks bağımlılığı' olarak bilinen 'nemfomani' yani doyumsuzluğa varan aşırı hiperseksüelitedir. Bu görüş on dokuzuncu yüzyıla kadar canlılığını korudu. Üçüncü tanımlama, erotomaninin bir 'zihinsel bozukluk' olduğu şeklindedir. Bu tanımlama ise yirminci yüzyıl boyunca yerini korumuştur. Dördüncü ve son tanımlama üçüncü tanımlamaya ek olarak erotomaniyi 'başkası tarafından sevilmeyen sanrılı bir inancı' olarak görür (1). Dördüncü ve şu an geçerliliğini koruyan tanımlamayı genişletirsek; bireyin özgül bir şekilde başka birinin kendisine aşık olduğuna inandığı, ayrıntılı ve düzenli sanrıyla belirgin nadir görülen bir sendromdur. Sanrı genellikle cinsel bir çekicilikten çok manevi bir bağlanma ve romantik bir aşkla ilgilidir. Hastalar çoğunlukla orta sınıftan kadınlardır. Sözde sevgili genellikle; daha yaşlı, ekonomik ve sosyal açıdan daha yüksek sınıftan, evli ve hastaya uygun olmayan bir bireydir. Belirtilerin başlangıcı ani olabilir ve sıklıkla kişinin yaşamının temel odağı haline gelir. Bu kişiden gelen her uyaran olumsuz bile olsa aşkın göstergesi olarak kabul edilir; gerçekte ise aşık olunan kişinin hasta ile teması en fazla tesadüfi ve önemsiz düzeydedir. Bu kişiler evli oldukları için veya başka sebeplerden hasta için ulaşılmazdır. Hasta diğer kişinin bu aşkı ilk dile getiren taraf olduğuna inanır ve bu düşüncesi için kanıtlar bulur (anamlı bakışlar, konuşma ve beden hareketleri gibi) (2, 3, 4). Kennedy ve arkadaşlarının (2002) erotomanik hastalarının kliniği ve seyriyle ilgili çalışmalarında özellikle primer erotomani ve erotomanik belirtilerle seyreden bipolar bozukluk tanılı hastaların tedavisi ve tedaviden alınan sonuçların yüz güldürücü olduğu şeklinde sonuçlar çıkmıştır. Bu seride erotomanik semptomlar diğer psikiyatrik bozukluklarla olan ilişkisi geniş oranda gözlenirken, saf erotomanik semptomları olan kişilerde görülmüştür. Saf erotomanik sanrılar ve bipolar bozuklukla seyreden erotomanik sanrılarının mağdurları açısından daha az tehlikeli olduğu ve literatürde çok daha az mağdur tacizi yaptıkları gözlenmiştir (5). Literatürde 25 yılı aşkın bir süredir sendromu sürdüren kişilerin raporları bulunmaktadır (4). Ancak, Hipokrat zamanından beri bilinmesine karşın, ilk kez De Clerambault tarafından tanımlanan bu bozukluğun nasıl başladığına, seyri, tedavisine ilişkin bilgiler sınırlıdır. Çalışmamızda 15 yıl önce muayene olduğu bir hekimin kendisine aşık olduğuna ilişkin sanrı geliştiren kadın olgu nedeniyle sendromun etiyoloji, klinik görünüm ve tedavi açısından tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Bayan Z, 52 yaşında, ilkokul mezunu, ev hanımı, eşinden ayrılmış, annesi, babası ve kızı ile birlikte yaşıyor. İlk yakınmaları 24 yaşında kulağına sesler gelme, kendi kendine gülme, insanlardan şüphelenme, içe kapanma şeklinde başlamış.

Eşiyle olan ilişkisi hastalığı yüzünden sona ermiş. Eşiyle ayrıldıktan sonra da şikayetleri devam eden hastanın dış merkez psikiyatri başvurularında iki uçlu bozukluk tanısının konulduğunu ifade etti. Yakınmalarının ilkbahar aylarında arttığını ve hastane yatışlarının genellikle bahar aylarında gerçekleştiğini ifade etti. Hastalığın ilerleyen zamanlarında kuran harfleri ve hayvanlara benzer şeyler görme, kulağına gelen seslerin artık yorum yapan seslere dönmesi ile yakınmaları artan hastanın yatışı yapılmış ve elektrokonvülsif terapi (EKT) uygulanmış. EKT'nin ciddi faydasını görmediğini ama yine de rahatladığını belirtti. Onbeş sene önce benzer nedenlerden ötürü dış merkezli poliklinik başvurusu gerçekleştiren hasta doktoruyla yaptığı görüşmeden sonra doktorunun kendisine aşık olduğunu düşünmeye başlamış. (Bu şikayetlerini anlatırken hala aşık olabilir mi, yoksa değil miydi şeklinde duraklamaları oluyordu. Hikayesini anlatmasını istediğimizde duraklamaları kesiliyor anlatmaya devam ediyordu.) Psikiyatri hekimi kendisi ile görüşme yaptıktan sonra annesi ile de görüşmek istemiş. Hasta hekimin annesiyle görüşmesini ve tekrar kontrole çağırmasının nedenini kendisiyle birlikte olmak istediği için olduğunu düşünmüştü. Hastanın bu poliklinik başvurusundan sonra evden kaçmaları başlamış. Evden kaçmaları poliklinik muayenesinde kendisiyle birlikte olmak istediğini düşündüğü doktoruna ulaşmak içinmiş. Doktorunun evinin adresini bulmuş. Eşi olduğunu öğrenmiş ve doktorun eşine, eşiniz benimle birlikte olmak istiyor gibi ifadelerde bulunmuş. Hasta; doktor ve eşi arasında ciddi tartışmalara neden olmuş. Psikiyatri doktorunun kendisi dahil bütün çevresini etki altına aldığı düşünen hasta, doktoruyla arasındaki yaşanan olayların, yıllardır aldığı tedaviler sonrası gerçekliği konusunda kendisini zaman zaman kararsız hissetse de, bu konuyla ilgili genel kanısı doktorunun kendisi ile birlikte olmak istediği yönündeymiş. Sonrasında yaptığı poliklinik başvurusunda; yıllar öncesinde hekimi ile yaptığı görüşmenin seslerinin kulağına geldiğini ve bu seslerin giderek arttığını ifade etmişti. Kliniğimize ilk yatışı 6 sene önce şüphelenmeler, kulağına doktorunun seslerinin gelmesi, çıplak gezmeler, saçma konuşma, arap harflerine benzeyen görsel varsanılar ve çeşitli illüzyonlar görme şeklindeydi. Kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeğinin 46 puandan 19 puana gerilemesi, pozitif ve negatif belirtileri değerlendirme ölçeği puanlarının sırasıyla 73 ve 92 puandan 16 ve 41 puanlarına gerilemesi neticesinde yatışının 43.günü aripiprazol 30 mg, ketiapin 200 mg, aylık intramuskuler zükloptentiksol 200 mg depo enjeksiyonu ile taburcu edilmişti. 1 sene öncesinde ise düzenli ilaç kullanımı, içe kapanma, kimseyle konuşmama, şüphelenmeler, geç saatlerde dışarı kaçmalar ve doktorunun ismini duraksamadan sürekli sesli şekilde tekrarlama şikayetleriyle poliklinik başvurusu sonrası kliniğimize 2.yatışı yapılmıştı. 38 günlük yatışı sonrası kısmi iyileşme gözlenen olgu aripiprazol 30 mg, karbamezepin 400 mg, essitalopram 10 mg, ketiapin

25 mg ile taburcu edilmişti. Kendisine aşık olduğuna inandığı hekim ile 14 yıldır yüz yüze görüşmediğini, ilgili hekimin uzak bir ilde çalışmasına rağmen kendisini sürekli rahatsız ettiğini, bir şekilde kendisine mesajlarla ulaştığını, bu yüzden evden kaçtığını belirten hastanın moralsizlik, iş yapamama, insanlardan şüphelenme, içe kapanma ve kulağına doktorunun sesinin gelmesinin tekrar artmaya başlaması üzerine servisi-mize ileri tetkik ve tedavi için kabul edilmiştir.

Öz ve Soy Geçmiş: Yedi çocuklu bir ailenin ikinci çocuğu olarak normal spontan vajinal yolla evde doğmuş. Annesinin gebelik sürecinde sağlık durumu iyiymiş. Büyüme gelişmesinde herhangi bir sorun olmamış. Annesi 80 yaşında, hiç okula gitmemiş, ev hanımı, sağ, takıntılı bir kişiliğe sahip. Z'nin annesi ile iyi bir ilişkisi mevcut. Babası 83 yaşında, ilkököl mezunu, şoförlük yapmış, Parkinson hastalığı nedeni ile tedavi görüyor. Baba toplum içinde ikili ilişkilerde çekingen olmasa da mesafeli duruşu ile sıcakkanlı birisi de sayılmazmış, çocuklarıyla işi nedeniyle pek ilgilenmemiş, yılda bir-iki kere çocuklarını görmüş. Bayan Z'nin çocukluk ve ergenlik dönemi doğduğu yerde geçmiş. İlkokulu bitirmiş, vasat bir öğrenciymiş, okula devam etmek istememiş. Diğer kız kardeşlerinin eğitim durumu da pek farklı değil. Erkek kardeşleri lise mezunuymuş. Yirmi iki yaşında görücü usulü ile evlenmiş. İki buçuk senelik evlilik sürecinde bir kız çocuğu olmuş, eşiyle şiddetli geçimsizlik nedeniyle boşanmış. Kızı yirmi sekiz yaşında öğretmenlik yapıyormuş, annesinin hastalığına inanmadığı için tedavi sürecinde pek destekleyici değilmiş. Bayan Z, 15 sene önce tip 2 diyabet ve hipertansiyon tanısı almış. Eşiyle boşandıktan sonra annesi, babası ile birlikte yaşıyormuş. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü tanımlanmadı.

Fizik Muayene ve Laboratuvar Bulguları: Vital bulgular: Normal, Beden Kitle İndeksi : 45 kg/m²(3.derece morbid obezite) Nörolojik muayene ve diğer sistem muayeneleri doğal muayene sınırları içerisinde, elektroensefalografi (EEG) ve manyetik rezonans (MR) görüntüleme olağan sınırlarda, hormon tahlilleri normal seviyede (tiroid fonksiyon testleri, folik asit, vit. B12, prolaktin), Laboratuvar bulguları: Hemogram ve biyokimyasal değerleri hba1c : %7,5 ve açlık kan şekerinin 157 mg/dl olması dışında normal olarak değerlendirildi.

Ruhsal Durum Muayenesi: Yaşında gösteren, giyim şekli sosyoekonomik seviyesi ile uyumlu. Göz teması aralıklı, görüşmeye istekli, kendine bakımı azalmış. Konuşma miktarı azalmış, ses tonu normaldi. Affekt hafif anksiyöz, duygudurumu çökkündü. Görüşme sırasında konuşurken zaman zaman blokları oluyor ve şüpheli bakışlarla çevreyi izliyordu. Zeka düzeyinde, bellek muayenelerinde patolojik bulgu gözlenmedi. Algılamasında işitsel varsanılar mevcuttu. Gerçeği değerlendirme yetisi ve yargılaması bozulmuş-

tu. Düşünce miktarı azalmış, düşünce süreci ve çağrışımları düzensiz, düşünce içeriğinde 15 sene önceki doktoruyla yaptığı poliklinik muayenesinin görüşmelerinin ne anlama geldiği konusunda düşünceleri, erotomanik, perseküsyon ve referans sanrıları mevcuttu. Dışa vuran davranışları ilgisiz, servis personelinin komutlarına uyan, odasında dalgın bakışlarla zaman geçirdiği, ilişkilerinde mesafeli, soğuk, kavgalar ve tartışmalardan uzak durduğu gözlemlendi.

Psikometrik Değerlendirme: Kısa psikiyatrik Değerlendirme ölçeği 38 puan (özellikle olağan dışı düşünceler, duygusal küntlük, kuşkuculuk maddeleri ön planda), pozitif belirtiler değerlendirme ölçeği 50 puan, negatif belirtileri değerlendirme ölçeği 65 puan. Psikiyatrik değerlendirme sonrası DSM-5'e göre şizofreni tanısı ile halen kullanmakta olduğu aripiprazol 30 mg/gün tedavisine ek olarak paliperidon 3 mg/gün eklenerek ilaç dozu tedricen 9 mg/gün olarak arttırıldı. Yakınmaları kısmen azalan hasta önerilerde bulunularak tedavisinin 33. günü taburcu edildi.

Tartışma

De Clerambault sendromu veya passionelle psikozu olarak adlandırılmış erotomanik sanrı nadir görülen sanrısız bir bozukluktur. Ancak erotomanik sanrıları olan hastaların büyük bir kısmı sanrılı bozukluk dışında bir tanı almıştır. Erotomanik sanrıların şizofreni ve şizoaffektif bozukluk ya da duygudurum bozukluklarının bir parçası olabileceği akıldaki tutulmalı, ayırıcı tanı dikkatli bir şekilde yapılmalıdır (6). Erotomanik sanrıların mevcut olduğu hastaların hem farmakoterapi hem de psikoterapiye karşı direnç gösterdikleri ayrıca kronik hale geldikleri ve prognozlarının kötü olduğu kabul edilir (7). Segal, antipsikotik tedavisi alan erotomanik sanrıları mevcut hastaların, erotomanik sanrıların dokunulmaz çekirdek bulgular olduğunu ve diğer psikotik belirtilerde ise kısmi iyileşme sağlayabileceğini ifade etmiştir (8). Bipolar affektif bozuklukla birlikte görülen erotomanik sanrıların, manik epizodlarda nüks ettiği ve başarılı bir tedavi ile düzeldiği gözlenmiştir (9, 10, 11,12). Yayımlanan erotomanik sanrıları mevcut vakaların çoğunluğu bipolar bozukluğa sekonder gözlenmiştir. Hem manik semptomlar hemde erotomanik sanrılar duygudurum düzenleyicilerle (lityum (13), sodyum valproat (11), Karbamezepin (14)) başarıyla tedavi edilmiştir (5). Munro ve ark. iki tane primer erotomani hastasında düşük doz pimozid tedavisinden fayda görmüşlerdir (15). Mullen ve Pathe beş primer erotomanik sanrıları olan hastanın üçünde, Gillett ve ark. ise üç primer erotomanik hastanın birisinde pimozid ile iyileşme bildirmişlerdir (9). Bugüne kadar yapılan çalışmalar, primer erotomanik hastaların çoğunun, düşük doz antipsikotik ilaçlarla tam bir remisyonla ulaşan azınlık bir grup olduğunu göstermiştir (6, 9, 11, 16). Koic E. ve arkadaşları yazdıkları olgu sunumunda risperidon ile primer erotomaninin tedavisinde başarılı sonuç al-

dıklarını bildirmişlerdir. Alao AO. ve ark. olanzapin ile başarılı De Clerambault sendromu tedavisi bildirmişlerdir. Buna rağmen, şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı konmuş hastaların, erotomanik sanrılarının antipsikotik tedaviye rağmen çoğu zaman devam etmekte olduğu ve kötü tedavi sonuçlarıyla neticelendiği gözlenmiştir. Raporların çoğu, şizofrenili erotomanik hastaların kronik seyrini ve tedaviye kötü yanıtını göstermiştir (7, 17, 18, 6, 19, 11, 16, 20, 21). Erotomanik sanrılar olan hastaların ayırıcı tanıların araştırılması ve klinik takiplerde değerlendirilmesi önemlidir. Şizofreni hastalarında görülen de Clerambault sendromunun tedaviye direnç konusunda gösterge olabileceği yapılan çalışmalarda gözlenmiştir. Çekirdek erotomanik sanrının dokunulmazlığı yüksek doz antipsikotik tedavilerine dahi direnç gösterirken, hastalığın kronikleşmesine de katkıda bulunduğu görülmektedir. Şizofreni hastalarında görülen de Clerambault sendromunun kötü prognozun göstergesi olabileceği ayrıca hasta, ailesi ve mağduru ciddi yıkıma uğratabileceği anlaşılmaktadır. Adli psikiyatri alanında yapılan çalışmalarda daha çok erotomanik, kıskançlık ve perseküsyon hezeyanları özelliklerinin üzerinde durulması, adli açıdan da risk işaretlerinin belirlenmesinin önemli olduğunu açıkça vurgular. Erotomaninin etyolojisi psikodinamik görüşlerle de açıklanmaya çalışılmıştır. "İnsan bir başka insana kendini empoze etmeyi, ona kendini kabul ettirmeyi istediği ölçüde insandır. (22)' Hegel'in köle-efendi diyalektiğindeki bu bakışın psikiyatri dünyasındaki ilk yankısı, Fransız psikanalist Lacan'ın çalışmasında yer bulmuştur (23). de Clerambault da gerçek hayatta gerçekleşmeyen kabul görmenin erotonomik sanrılarını geliştirdiğini savunur. Modern terminolojiyle ifade edilirse erotomanik sanrılar gerçek hayatta alınmayan narsistik hazzı vermektedir. Hollender ve Callahan, hastaları fiziksel olarak cazip olmayan kadınlar olduklarından bu açıklamaya katılırlar. Dunlop, hastalarını yalnız, immatür, fiziksel cazibesi olmayan, zeka kapasitesi kısıtlı ve sosyal yaşamı sınırlı kadınlar olarak tanımlamıştır. Dunlop'a göre hastaların zayıf self imajları nedeniyle idealize selflerini diğer kişiye projekte ediyorlar ve böylelikle sevilmemiş ve sevilmez olmalarını telafi etmeye çalışıyorlardı (24). Seçilen nesnenin olgumuzda olduğu gibi hastaya göre cazip, çekici, zeki ve önemli mevkilerde bulunması erotomanik sanrılarının narsistik ihtiyaçlara hizmet ettiği görüşünü destekler. "Karşılıksız aşk sendromu spektrumu" nun anlaşılabilirliği için, özellikle savunma düzeneği olarak yansıtılmalı özdeşimin (projective identification) kullanıldığı durumlarda, arzusunun yöneldiği gerçek ya da imgesel aşk nesnesinin özelliklerinin de ayrıca incelenmesi gerekmektedir. Sergilenen davranışlardaki psikopatolojinin şiddeti ise, kullanılan savunma düzeneklerine göre değişmektedir. Sonuç olarak; Hipokrat zamanından beri bilinen, ilk kez De Clerambault tarafından tanımlanan bu bozukluğun nasıl baş-

ladığına, seyri, tedavisine ilişkin bilgiler sınırlıdır. Çalışmamızdaki olgunun kadın cinsiyet olması ve belirtilerin uzun yıllardır devam etmesi diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Ancak, bu olguların tanı ve tedavi yaklaşımları konusunda geniş örneklemli çalışmalara gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Berrios GE, Kennedy N. Erotomania: a conceptual history. *Hist Psychiatry*. 2002;13(52 Pt 4):381-400.
2. Kasantikul D. Erotomania in Thai patients: a study of 20 cases. *J Med Assoc Thai*. 1998;81(11):852-7.
3. Signer SF. "Les psychoses passionnelles" reconsidered: a review of de Cl?rambault's cases and syndrome with respect to mood disorders. *J Psychiatry Neurosci*. 1991;16(2):81-90.
4. Jordan HW, Howe G. De Clerambault syndrome (erotomania): a review and case presentation. *J Natl Med Assoc*. 1980;72(10):979-85.
5. Kennedy N, McDonough M, Kelly B, Berrios GE. Erotomania revisited: Clinical course and treatment. *Compr Psychiatry*. 2002;43(1):1-6.
6. Rudden M, Sweeney J, Frances A. Diagnosis and clinical course of erotomanic and other delusional patients. *Am J Psychiatry*. 1990;147(5):625-8.
7. Enoch MD TW. *Uncommon Psychiatric Syndromes*, Ed. 3. Bristol, England: Wright. 1991.
8. Segal JH. Erotomania revisited: From Kraepelin to DSM-III-R. Vol. 146, *American Journal of Psychiatry*. 1989. p. 1261-6.
9. Mullen PE, Pathe M. The pathological extensions of love. *Br J Psychiatry*. 1994;165(NOV.):614-23.
10. Guirguis WR. Pure erotomania in manic-depressive psychosis. *Br J Psychiatry*. 1981;138(2):139-40.
11. Wood BE, Poe RO. Diagnosis and classification of erotomania (I). Vol. 147, *American Journal of Psychiatry*. 1990. p. 1388-9.
12. Gillett T, Emlinson SR, Hassanyeh F. Primary and secondary erotomania: clinical characteristics and follow up. *Acta Psychiatr Scand*. 1990;82(1):65-9.
13. Remington G, Book H. Case report of de Clerambault syndrome, bipolar affective disorder, and response to lithium. *Am J Psychiatry*. 1984;141(10):1285-7.
14. Signer SF SR. Two cases of erotomania (de Cle'rambault syndrome) in bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry*. 1987;151:853-5.
15. Munro A, O'Brien JV., Ross D. Two cases of "pure" or "primary" erotomania successfully treated with pimozide. *Can J Psychiatry*. 1985;30(8):619-22.
16. Lovett Doust JW, Christie H. The pathology of love: Some clinical variants of de cl?rambault's syndrome. *Soc Sci Med Part A Med Psychol Med*. 1978;12(C):99-106.
17. Evans DL, Jeckel LL, Slott NE. Erotomania. A variant of pathological mourning. *Bull Menninger Clin*. 1982;46(6):507-20.
18. El-Assra A. Erotomania in a Saudi woman. *Br J Psychiatry*. 1989;155(OCT.):553-5.
19. Garland M, McGennis A. Primary and secondary erotomania: Is the distinction worthwhile? *Ir J Psychol Med*. 1998;15(1):22-3.
20. Koi E. d, Dordevi V., Filakovi P., Vondra ek S., Nad S. Erotomania treated with risperidone. *Acta Clin Croat*. 2007;46(3):251-4.
21. Alao AO, Armenta W, Yolles JC. De clerambault syndrome successfully treated with olanzapine [4]. Vol. 34, *Annals of Pharmacotherapy*. 2000. p. 266-9.
22. Kojève A. Köle-efendi diyalektiği. Çev. Bumin T. *Destef*. 1988. 6:7-29.
23. LACAN J. *The Seminar of Jacques Lacan, Book XI: The Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis* [Internet]. Jacques-Alain Miller, trans. Alan Sheridan (1977. 1977. 1-306 p.
24. Dunlop JL. Does erotomania exist between women? *Br J Psychiatry*. 1988;153(DEC.):830-3.