

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

6. Bray GA. The epidemic of obesity and changes in food intake: the Fluoride Hypothesis. *Physiol Behav* 2004;82:115-21.
7. Heindel JJ. Endocrine disruptors and the obesity epidemic. *Toxicol Sci* 2003;76:247-9.
8. Baillie-Hamilton PF. Chemical toxins: a hypothesis to explain the global obesity epidemic. *J Altern Complement Med* 2002;8:185-92.
9. Tabb MM, Blumberg B. New modes of action for endocrine disrupting chemicals. *Mol Endocrinol* 2006;20:475-82.
10. Pelletier C, Imbeault P, Tremblay A. Energy balance and pollution by organochlorines and polychlorinated biphenyls. *Obes Rev* 2003;4:17-24.
11. www.eu-oplysningen.dk /aug 2006.
12. Inadera H, Shimomura A. Environmental chemical tributyltin augments adipocyte differentiation. *Toxicol Lett* 2005;159:226-34.
13. Sharpe RM. The »oestrogen hypothesis« – where do we stand now? *Int J Androl* 2003;26:2-15.
14. www.mst.dk /aug 2006.
15. Masuno H, Iwanami J, Kidani T et al. Bisphenol A accelerates terminal differentiation of 3T3-L1 cells into adipocytes through the phosphatidylinositol 3-kinase pathway. *Toxicol Sci* 2005;84:319-27.
16. Sakurai K, Kawazuma M, Adachi T et al. Bisphenol A affects glucose transport in mouse 3T3-F442A adipocytes. *Br J Pharmacol* 2004;141:209-14.
17. Kanayama T, Kobayashi N, Mamiya S et al. Organotin compounds promote adipocyte differentiation as agonists of the peroxisome proliferator-activated receptor gamma/retinoid X receptor pathway. *Mol Pharmacol* 2005;67:766-74.
18. Hales CN, Barker DJ. The thrifty phenotype hypothesis. *Br Med Bull* 2001;60:5-20.
19. Yajnik CS. Early life origins of insulin resistance and type 2 diabetes in India and other Asian countries. *J Nutr* 2004;134:205-10.
20. Alihaud G, Hauner H. Development of white adipose tissue. Bray G, Boucharad C, James PT, eds, *Handbook of Obesity*. New York, NY, M Dekker Inc., 1997;359-78.
21. Lackmann GM, Schaller KH, Angerer J. Organochlorine compounds in breast-fed vs. bottle-fed infants: preliminary results at six weeks of age. *Sci Total Environ* 2004;329:289-93.
22. Hertz-Picciotto I, Charles MJ, James RA et al. In utero polychlorinated biphenyl exposures in relation to fetal and early childhood growth. *Epidemiology* 2005;16:648-56.
23. Whyatt RM, Camann D, Perera FP et al. Biomarkers in assessing residential insecticide exposures during pregnancy and effects on fetal growth. *Toxicol Appl Pharmacol* 2005;206:246-54.
24. Siddiqui MK, Srivastava S, Srivastava SP et al. Persistent chlorinated pesticides and intra-uterine foetal growth retardation: a possible association. *Int Arch Occup Environ Health* 2003;76:75-80.
25. Gladen BC, Shkiriyak-Nyzhnyk ZA, Chyslovska N et al. Persistent organochlorine compounds and birth weight. *Ann Epidemiol* 2003;13:151-7.
26. Chevrier J, Dewailly E, Ayotte P et al. Body weight loss increases plasma and adipose tissue concentrations of potentially toxic pollutants in obese individuals. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000;24:1272-8.
27. Heitmann BL, Garby L. Composition (lean and fat tissue) of weight changes in adult Danes. *Am J Clin Nutr* 2002;75:840-7.
28. Charlier C, Desai C, Plomteux G. Human exposure to endocrine disruptors: consequences of gastroplasty on plasma concentration of toxic pollutants. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26:1465-8.
29. Schlaud M, Seidler A, Salje A et al. Organochlorine residues in human breast milk: analysis through a sentinel practice network. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:17-21.
30. Lovelady CA, Whitehead RA, McCrory MA et al. Weight change during lactation does not alter the concentrations of chlorinated organic contaminants in breast milk of women with low exposure. *J Hum Lact* 1999;15:307-15.
31. Noren K, Meironyte D. Certain organochlorine and organobromine contaminants in Swedish human milk in perspective of past 20-30 years. *Chemosphere* 2000;40:1111-23.
32. Hooper K, McDonald TA. The PBDEs: an emerging environmental challenge and another reason for breast-milk monitoring programs. *Environ Health Perspect* 2000;108:387-92.
33. Hooper K, She J. Lessons from the polybrominated diphenyl ethers (PBDEs): precautionary principle, primary prevention, and the value of community-based body-burden monitoring using breast milk. *Environ Health Perspect* 2003;111:109-14.
34. www.scb.se /aug 2006.
35. Schecter A, Pavuk M, Papke O et al. Polybrominated diphenyl ethers (PBDEs) in U.S. mothers' milk. *Environ Health Perspect* 2003;111:1723-9.
36. win.niddk.nih.gov /aug 2006.
37. Langer P, Kocan A, Tajtakova M et al. Possible effects of polychlorinated biphenyls and organochlorinated pesticides on the thyroid after long-term exposure to heavy environmental pollution. *J Occup Environ Med* 2003;45:526-32.
38. McDonald TA. A perspective on the potential health risks of PBDEs. *Chemo-sphere* 2002;46:745-55.

Paranoia

Reservelæge Søren F. Birkeland

Forf.s adresse: Vængevej 22, Kværndrup

Resume

Paranoia (simpel paranoid psykose) er en sjælden, kronisk lidelse, der er karakteriseret ved forekomsten af vrangforestillinger uden tegn på anden psykopatologi. Modsat skizofrene bizzarre vrangforestillinger er de paranoiske vrangforestillinger kendetegnet ved i højere grad at være postulater om vores fælles omverden, og meget tyder på, at paranoia udgør en særskilt sygdomsform. I oversigtsartiklen gennemgås den eksisterende viden om paranoiaens epidemiologi, patogenese, diagnose, klinik og behandling. Det konstateres, at såvel yderligere forskning som større diagnostisk og behandlingsmæssig opmærksomhed må reserveres til de nonskizofrene, nonaffektive, nonorganiske paranoide sindslidelser.

Den simple paranoide psykose (paranoia (*delusional disorder*, DD)), er et sjældent forekommende psykosyndrom, der er karakteriseret ved gradvis udvikling af velsystematiserede vrangforestillinger, eventuelt på baggrund af en paranoid konstitution, uden tegn på skizofreni (formelle tankeforstyrrelser, disintegration, ambivalens, autisme, svære affektforstyrrelser eller hallucinationer), affektiv eller organisk sindslidelse.

Den simple paranoide psykose er overraskende sparsomt behandlet i nyere litteratur. Afgrænsningen af sindslidelser med paranoidt islæt har traditionelt været udflydende, og paranoiaebetegnelse er typisk enten ignoreret, ukritisk anvendt eller fejlagtigt beskrevet. Alternativt anvendes betegnelsen »paranoid psykose« uden nærmere specifikation, eller den ældre opdeling i endo- og eksogene (psykogene eller reaktive) paranoide psykoser. I klinisk praksis synes begrebsklarheden at give sig udslag i unøjagtig klassificering af paranoide til-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

stande og udifferentieret ens behandling af paranoide skizofrenier og simple paranoide psykoser.

I artiklen søges den simple paranoide psykoses kliniske fremtræden resumeret med baggrund i WHO's sygdomsklassifikation International Classification of Diseases (ICD) 10 [1]. Tillige gennemgås den eksisterende viden om epidemiologi, ætiologi og behandling.

Metode

Materiale, der specifikt omhandler nonskizofrene, nonaffektive, nonorganiske paranoide sindslidelser, er udvalgt via håndøgning i psykiatriske og psykologiske fagbøger samt i PubMed med søgeordene: *paranoia*, *paranoid psychosis*, *paranoid disorder*, *delusional disorder* og *delusional psychosis*.

Hovedtræk af paranoiadiagnosens historie

I beskrivelsen af den simple paranoide psykose finder man flere interessante historiske bidrag. *Esquirols* [2] såkaldte monomani er således betegnelsen for patientens påfaldende optagethed af sine »fikse« ideer, som under udviklingen af det partielle delirium i stadig videre udstrækning underbygges med tilsyneladende uimodsigelig argumentation, *la monomanie intellectuelle*, mens patientens i øvrigt bevarede intellekt og unikke evne til dissimulation ganske slører, at idekomplekset er tiltagende patologisk. Paranoiadidelsens persekutoriske særkende, forfølgelsestemaet, findes først beskrevet i *Lasegues'* [3] arbejde fra 1852 om *delire de persecutions*, et »delirium«, som undertiden udvikles på hypokonderbaggrund [4]. Hos *Magnan* [5] findes der to manifestationsformer. Den ene karakteriseret ved udviklingen i moden alder af tiltagende persekutoriske, megalomane og til sidst dementielle stadier på baggrund af en ellers tilsyneladende sund psyke (*delire chronique a evolution systematique*). Den anden større gruppe udgøres af degenerative, oftest nedarvede, karakteranomalier (*delires systematizes des degeneres*), omfattende forskellige former af forfølgelsesvanvid: *les persecutes-persecuteurs* og *delires systematizes de persecution* (med eller uden hallucinationer). Den danske psykiater *August Wimmer* er inspireret heraf. I *Evolutiv Paranoia* [6] beskrives de kroniske paranoide psykoters opståen som »udkrystalliseringer« af et oprindeligt paranoigent temperament, den såkaldt autofile konstitutionsanomali, der indebærer en udtalt tendens til at henføre alt, hvad der møder individet, til sig selv som møntet på ham (selvhøvelingstendensen). *Seglas* [7] opdelte paranoikerne i passivt resignerende henholdsvis aktive paranoiske forløbstyper, en opdeling man genfinder i *Bjerg Hansens* beskrivelse af den hypokondre paranoia [8]. Tillige kan nævnes *Serieux & Capgras* [9], som under triaden *organisation du delire*, *lucidite*, *chronicite* beskrev den kronisk uhelbredelige udvikling af et organiseret system af vrangforestillinger fastholdt med selvhøveling, mistyldende fortolkninger, men med bevaret intellekt.

Mens *Freud* [10] tillagde paranoiaden en restituerende funktion i forbindelse med projektionen af komplekse homoseks-

suelle intrapsyke konflikter, karakteriserede *Reichardt* [11] paranoiaden som en endogen sindslidelse med vekslende intensitet, der i perioder måske var latent eller blot diskret manifesteret, og på andre tidspunkter tydeligt manifesterede sig under skiftende temaer (persekution, grandiositet, hypokondri m.m.). I *Kretschmers* *Der sensitive Beziehungswahn* [12] opstår den paranoide reaktion hos særlige persontyper, der er karakteriseret ved overfølsomhed, skrupuløs moral og udtalt selvhøvelingstendens, efter konstateringen af egen moralsk »insufficiens«, hvorefter den sensitive personlighed så at sige udleveres gennem psykosen.

Paranoiakerens præmorbid personlighedstræk findes flere steder kendetegnet ved enten forringet eller (synes det) oftere forhøjet selvfølelse [13] og karakteriseredes af *Genil-Perrin* [14] ved en række *tendances paranoiaques*, hvortil hører *l'orgueil*, *la surestimation du moi*, den egocentriske selvovertvurderende stolthed, *la mefiance hostile a l'egard de l'ambience*, en mistroisk indstilling til den fjendtligt oplevede omverden, *la faussete du jugement*, tilbøjeligheden til fejlslutninger og, som følge heraf *l'inadaptabilite sociale*, den svigtende sociale tilpasning.

I 1921 fandt man hos *Kraepelin* [15] omsider et selvstændigt paranoiabegreb kendetegnet ved gradvis udvikling af et system af vedvarende vrangforestillinger hidrørende fra »indre årsager«, men med bevaret tænkning, vilje og handlekraft og i reglen uden hallucinationer, hvor psykiske stressorer måske nok kan præge paranoiadens tema, men ikke initiere dens udbrud. Efter *Kraepelin* har selve paranoiabegrebet i det væsentlige ligget fast, jf. ICD-10, mens dog andre betegnelser for samme symptomatologi er blevet introduceret, herunder benævnelsen *delusional disorder* [16]. Også den amerikanske psykiatriorganisation, APA's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, version 4 (DSM-IV) [17] anvender betegnelsen *delusional disorder*.

De kroniske paranoide psykoters nosologiske validitet og forholdet til andre sindslidelser

Psykopatologisk er paranoiaden ofte blevet betragtet som en art skizofreni, selv om der er sparsomt belæg herfor. *Schanda et al* [18] fandt en øget forekomst af skizofrene blandt de pårørende til 37 formodede paranoiakere, mens omvendt *Kendler et al* [19] ingen paranoiakere fandt blandt 105 pårørende til skizofrene, men derimod fem tilfælde blandt 224 kontrolpårørende.

Andre har postuleret et spektrum, der strækker sig fra den paranoide personlighedsstruktur over paranoia til paranoid skizofreni [20] separat fra de øvrige skizofreniformer [21]. Paranoiaden kan også anskues som en manifestation af affektiv sindslidelse, en antagelse som dog har vist sig at hvile på spinkelt grundlag.

I en undersøgelse af 29 patienter med paranoia [22] påviste man således ingen tegn på hverken manifest eller latent depression. Overvejende støtter litteraturen det synspunkt, at paranoia udgør en selvstændig nosologisk kategori [23].

Faktaboks

Paranoiadiagnosen i international klassifikation

Paranoia rubriceres i WHO's seneste sygdomsklassifikation, ICD-10, under F22:

F22 Paranoide psykoser (kroniske, vedvarende)*Psychosis paranoides persistentes*

Denne gruppe omfatter forskellige sindslidelser, som har længerevarende vrangforestillinger som det eneste eller det mest fremtrædende kliniske træk, og som ikke kan klassificeres som organiske, skizofrene eller affektive sindslidelser. Paranoide psykoser, som har været mindre end 2-3 måneder, bør foreløbig rubriceres under F23

- A. Mindst tre måneder nonskizofrene vrangforestillinger
- B. Ingen hallucinationer af vedvarende karakter
- C. Må ikke opfylde kriterierne for skizofreni
- D. Primær affektiv sindslidelse udelukkes
- E. Organisk ætiologi udelukkes

Nonskizofrene vrangforestillinger: vrangforestillinger, som ikke er knyttet til førsterangssymptomer, eller som er bizarre (fuldstændigt umulige og kulturelt uacceptable)

F22.0 Enkel paranoia*Psychosis paranoides simplex*

En psykose karakteriseret ved udviklingen af enten en enkelt vrangforestilling eller et sæt af beslægtede vrangforestillinger, som sædvanligvis er vedholdende og undertiden af livslang varighed. Indholdet af vrangforestillingen eller vrangforestillingerne kan variere meget. Klare og persistente auditive hallucinationer (stemmer), skizofrene symptomer (såsom vrangforestillinger om styring udefra og udtalt affektaffladning) og sikre tegn på cerebral lidelse er alle uforenelige med denne diagnose. Imidlertid vil tilstedeværelsen af lejlighedsvis eller forbigående hørelshallucinationer, særligt hos ældre patienter, ikke udelukke diagnosen, så længe hørelshallucinationerne ikke er typisk skizofrene og kun udgør en ringe del af det samlede kliniske billede

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) opregner erotomane, grandiose, jalousi-, persekutoriske, somatiske, blandede og uspecifikke variationer af *delusional disorder* og kræver blot en måneds varighed af vrangforestillingerne. Endvidere tillader DSM eksplicit forekomsten af vrangtemarelaterede hallucinationer og korterevarende stemningslejeudsving (akse 1, 297.1)

Epidemiologi

Simple paranoide psykoser er med en incidens (førstegangsindlæggelser) på 1-3 pr. 100.000 indbyggere pr. år [24] sjældent forekommende (incidensen af skizofreni er ti gange større).

Personer med paranoide lidelser søger imidlertid sjældent hjælp, hvorfor opgørelser er usikre. I lighed med affektive

sindslidelser, men modsat skizofreni, ses DD hyppigst hos midaldrende og ældre personer [25].

Ætiologi og patogenese

Tendensen til urealistisk tænkning og dannelse af vrangforestillinger er et menneskeligt psykisk potentiale, måske som en tilpasningsstrategi i interaktionen med omverdenen [25], og i såvel psykodynamisk som kognitionspsykologisk teori har man formuleret komplicerede modeller for vrangforestillingsgenese, uden man er nået til større enighed. For så vidt antipsykotika med effekt på vrangforestillinger især har virkning på dopaminmetabolismen, antages det, at denne neurotransmitter indgår i dannelsen af paranoide lidelser, men overordnet er kendskabet til paranoialidelsens ætiologi begrænset.

Paranoiske patienters opvækstfamilier kendetegnes ofte ved mistro, ufleksible regler, irrationelle holdningsmønstre, frygtsomhed, uforløste frustrationer og forventninger om fjendtlighed fra omverdenen, hvilket er tolket som udtryk for en arvelig komponent [26]. Også ældre personer og visse minoritetsgrupper menes at være særligt disponerede for udvikling af paranoide psykoser.

Klinisk fremtræden

Paranoia (græsk: afsind eller forrykthed) refererer til forekomsten af vrangforestillinger (engelsk: *delusions*). Overordnet kendetegnes vrangforestillinger typisk ved at være private overbevisninger, som er ukorrigerbare og falske og opdeles efter, om de er bizarre eller ej. De nonskizofrene (empiriske) vrangforestillinger, som ses ved paranoia, bærer i høj grad præg af at være (ukorrekte) postuler om vores fælles omverden, mens bizarre vrangforestillinger, som de ses ved skizofrene sindssygdomme, er karakteriseret ved at være »fuldstændigt umulige og kulturelt uacceptable« overbevisninger, som snarere end at forholde sig til omverdenen kan ansues som manifestationer af det skizofrene subjekts globalt forandrede kognitive infrastruktur [27, 28].

Et menneske kan være så præget af sin nærtagende, selvhønførende og mistænksomme indstilling til omgivelserne, at man fristes til at betegne ham som paranoid. I henhold til *Vil-lars Lunns* [29] strikte formulering, befinder en person sig dog først i en egentlig paranoid tilstand i det øjeblik, han - måske på grundlag af sådanne paranoide karaktertræk - har udviklet egentlige vrangforestillinger, idet dog personens fortolkninger og mistydninger kan blive så omsiggribende, og den subjektive overbevisning om påstandenes sandhedsværdi så absolut, at der uomtvisteligt er tale om en sygeligt forrykket realitetsvurdering af ukorrigerbar art - og dermed en paranoid tilstand. Paranoiaen synes at udvikles snigende, ofte som en nærmest selvfølgelig udløber af den paranoide konstitutions frygtsomme kognitive stil [30], hvor det som regel veludviklede intellekt, med *Bjerg Hansens* [8] rammende beskrivelse, gradvis træder »i forrykthedens tjeneste«, og overgangen bli-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

ver således snarere af kvantitativ end af kvalitativ art. Afgørelsen om, hvornår de paranoiske personlighedskarakteristika opnår en sådan intensitet, at der er tale om en tilstand med genuine vrangforestillinger, er derfor svær [31]. Paranoikeren fremtræder garderet, rethaverisk, persevererende, med en selvhøjtidelig, bedrevidende holdning og fører ofte en aktiv tilværelse, optaget af at markere sig, og så vidt vrangtemaerne ikke direkte konfronteres, varetages krævende og velkvalificerede arbejdsfunktioner nidkært. Ofte udviser patienten en nærmest fanatisk dyrkelse af sine storslåede projekter og banebrydende ideer, af »epokegørende betydning«. Socialt tenderer paranoikeren dog mod isolation, såvel på arbejdspladsen som i det private liv, hvilket skyldes en mærkeligt utilpasset og umedgørlig attitude. De jobmæssige eller sociale problemer synes typisk ad flere veje at være afledt af personens paranoide adfærd, blandt andet affødt af den idelige mistro og vagtsomhed over for tegn på krænkelse. Eventuelt bryder paranoiaen for alvor ud efter en traumatisk hændelse, hvor personen vitterligt har lidt uret – en tilsyneladende reaktiv (psykogen) paranoid psykose. Paranoikerens vedholdende optagethed af den psykiske stressor demonstrerer imidlertid nok så meget selve den paranoidt psykotiske proces som »ondets rod«. Alt, hvad der kan støtte de forudfattede ideer fremdrages som beviser, mens indicier i modsat retning på en eller anden måde stedse ignoreres. Forløbet er af vekslende intensitet, men som regel kronisk, og vrangsystemet vil så godt som altid berøre det persekutoriske tema, hvor patienten oplever sig selv eller en nær bekendt udsat for forfølgelse.

Blandt andre manifestationsformer kan nævnes overdreven jalousi og anklager om partners utroskab, frygt for invasion af boligen af smådyr eller forestillinger af hypokondrisk art (f.eks. om kropsdefekt, dysmorfofobi), og afgrænsningen af især hypokonderparanoia over for dissociative og somatoforme tilstande, såvel som psykotiske depressive episoder er undertiden svær. Eksternalisering af de paranoide ideer kan manifestere sig som *folie à deux*, hvor eksempelvis partneren involveres i den paranoide forestillingsverden, eller familiedlemmer vedholdende kræves undersøgt og opereret for påståede alvorlige lidelser [25].

Temaerne udgør i reglen et påfaldende overensstemmende system, men i enkelte tilfælde drejer det sig om en såkaldt monotematisk paranoia, kun omhandlende et enkelt velafgrænset fænomen. Nogle foretrækker derfor en opdeling i »løser« paranoide psykoser og såkaldt Kraepelinske paranoisk systematiserede psykoser [32], hvor indholdet af sidstnævnte kategorier dog varierer en del.

Mens paranoikeren næppe opfatter sig selv som afvigende, forsøger han alligevel typisk at skjule de ideer, han forventer, vil blive bedømt som abnorme af andre (dissimulation), og tankeindholdet afsløres da kun via en indirekte, nonkonfronterende interviewteknik.

Når paranoiadiagnosen eventuelt stilles, er det som regel sent i voksenalderen, efter talrige år med energiske og vedhol-

dende bestræbelser på at opnå omgivelsernes accept og støtte, f.eks. i en dysforisk periode af depressiv intensitet, hvor personen erkender sin »afmagt« [25].

Differentialdiagnoser

Affektiv sindslidelse og organisk betinget psykose skal udelukkes (herunder Mb. Huntington, tyreotoksiske, alkoholiske, stofudløste, apoplektiske, dementielle og tumorudløste paranoide psykoser).

Behandling

Etableringen af en alliance med patienten er meget svær, samtidig med at en stabil og fortløbig behandler-patient-relation er afgørende for resultatet. Traditionelt anbefales psykoterapi, men dokumentationen af behandlingseffekten er sparsom. Blandt de klassiske beskrivelser kan nævnes *Bjerrers* succesfulde behandling af et typisk paranoiatilfælde [33]. Hyppigst anvendes nu kognitivt terapeutiske teknikker, hvorunder patientens realitetstestning via verifikationseksperimenter og bevisvurdering søges optrænet med logisk analyse. Hvor den absolutistiske tænkning dominerer, opstilles valide modeksempler og alternative forklaringer på f.eks. oplevelser af forfølgelse [34].

Neuroleptika menes at kunne mindske den subjektive lidelse og spænding, men har ofte beskednen effekt på selve vrangforestillingerne. *Manschreck & Khan* [35] konkluderede dog i et nyligt publiceret *review*, baseret på kasuistisk materiale, at paranoia responderer godt på såvel konventionelle antipsykotika, herunder navnlig pimozid, som andengenerationsantipsykotika. Der mangler dog fortsat evidens fra større undersøgelser, herunder kontrollerede, kliniske studier.

Prognose

De prognostiske studier er generelt meget uspecifikke med hensyn til paranoiadiagnosen. I *Fergemans* materiale med 12 paranoidt psykotiske patienter uden hallucinationer [36], udviklede seks sig i skizofren retning, mens fire havde forbigående paranoide psykoser, og kun en (muligvis) havde et tilfælde af kronisk paranoid psykose. Ud af *Achtes* materiale med 14 patienter med paranoide psykoser fik tre i løbet af fem år skizofrene psykoser [37]. *Retterstol & Opgjordsmoens* [32] undersøgte af 301 patienter med paranoide psykoser omfattede 26 tilfælde med paranoia, hvoraf 13 på opfølgningstidspunktet 14 år senere havde uændret paranoia, mens otte fik skizofreni.

I et andet materiale med 88 patienter med vrangforestillinger, opfyldte kun seks personer ICD-10-kriterierne for paranoid psykose, og deres funktionsevne fandtes stort set uændret ved opfølgning otte år senere [38]. I en retrospektiv undersøgelse af patientmateriale fra perioden 1913-1940 diagnosticeredes 60 patienter som DSM-IV *delusional disorder*. Heraf var 27% på opfølgningstidspunktet 15 år senere raske, mens 22% var bedret, og 52% var uændret paranoiske. Kohor-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

ten udgjordes af 73% patienter med persekutoriske former, 18% med jalousiparanoia og 8% med hypokondre, grandiose og erotomane former [39].

Afslutning

Årsagsforholdene omkring de simple paranoide psykosers opståen, herunder betydningen af arv og miljø, må fremdeles betragtes som uafklarede. Paranoiaen er tilsyneladende meget sjælden, og kun i et fåtal af nyere studier berøres diagnosen direkte og specifikt. De simple paranoide lidelsers enstrenge psykopatologi med vrangforestillinger som dominerende symptom, vrangforestillingernes særegne manifestationsform, det senere debuttidspunkt og tilsyneladende bedre prognose synes i lighed med de genetiske studier at støtte antagelsen om en distinkt nosologisk kategori, væsensforskellig fra navnlig skizofreni og affektiv sindslidelse. Der mangler dog tidssvarende specificerede undersøgelser af de simple paranoide psykosers ætiologi, klinik, forløb og behandling.

Korrespondance: Søren F. Birkeland, Vængevej 22, DK-5772 Kværndrup.
E-mail: soeren@birkeland.dk

Antaget: 17. januar 2007
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Tak for vejledning og kritisk gennemlæsning til professor *Josef Parnas*, Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling.

Litteratur

- WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier. 5. reviderede oplag. København: Munksgaard, 1997.
- Esquirol JED. Des Maladies mentales. Paris: Esquirol: Libraire de L'Academie Royale De Medecine, 1838.
- Laseque C. Du Delire De Persecutions. Archives Generales De Medecine, 4. serie, 1852.
- Morel BA. Traite De Malades Mentales. Paris: Libraire Victor Masson, 1860.
- Magnan. Lecons cliniques sur les maladies mentales. Paris: Pecharman, 1897.
- Wimmer A. Evolutiv Paranoia. Bidrag til Forryktheds læren. København: Baldur Borgen, 1902.
- Seglas J. Semeiologie des affections mentales. I: Ballet G, red. Traite De Pathologie Mentale. Paris: Ballet, 1903.
- Hansen EB. Paranoia Hypochondriaca. København: Rigshospitalet, Psykiatrisk Poliklinik, 1976.
- Serieux P, Capgras J. Delires systematisés chroniques. I: Sergent T. Psychiatrie. 2. ed. Paris: Maloine, 1926.
- Freud S. Psychoanalytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (1911). In Collected Papers Vol. 3. New York: Basic Books, Inc. Publishers, 1959.
- Reichardt M. Allgemeine und spezielle Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Jena: Verlag von Gustav Fischer, 1918.
- Kretschmer E. Der sensitive Beziehungswahn. Ein Beitrag zur Paranoiafrage und zur psychiatrischen Characterlehre. 4. ed. Berlin: Springer Verlag, 1966.
- Jacobsen AT. Paranoiaen og de Paranoiske Sygdomsformer. København: Rechtwig & Tryde, 1912.
- Genil-Perrin. Les Paranoiaques. Paris: Grande Libraire Medicale A. Maloine, 1926.
- Kraepelin E. Manic-Depressive Insanity and Paranoia. Edinburgh: E & S Livingstone, 1921.
- Winokur G. Delusional disorder (paranoia). *Comprehen Psychiat*, 1977;18: 511-21.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington: The American Psychiatric Association, 1994.
- Schanda H, Berner P, Gabriel E et al. The genetics of delusional psychoses. *Schizophr Bull* 1983;9:563-70.
- Kendler KS, Gruenberg AM, Strauss JS. An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish Adoption Study of Schizophrenia. III. The relationship between paranoid psychosis (delusional disorder) and the schizophrenia spektrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:985-7.
- Romney DM. A simplex model of the paranoid process: implications for diagnosis and prognosis. *Acta Psychiatr Scand Jun* 1987;75:651-5.
- Magaro PA. The paranoid and the schizophrenic. *Schizophr Bull* 1981;7: 631-61.
- Fear C, Sharp H, Healy D. Cognitive processes in delusional disorders. *Br J Psychiatry* 1996;168:61-7.
- Kendler KS. The nosologic validity of paranoia (simple delusional disorder). *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:699-706.
- Kendler KS. Demography of paranoid psychosis (delusional disorder). *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:890-902.
- Parnas J. Paranoide tilstande. I: Hemmingsen R, Parnas J, Sørensen T et al, red. *Klinisk psykiatri*. København: Munksgaard, 1993.
- Kaplan HI, Sadock BJ. The status of the paranoid today, his diagnosis, prognosis and treatment. *Psychiatr Q* 1971;45:528-41.
- Jaspers K. *General psychopathology* (trans.) Manchester: Manchester University Press, 1962.
- Parnas J. Belief and pathology of self-awareness. *J Conscious Stud* 2004;11: 148-61.
- Lunn V. Paranoide tilstande. *Nordisk Medicin* 1953;49:831-8.
- Shapiro D. *Neurotic Styles*. New York: Basic Books Inc., 1965.
- Cameron NA. *Paranoid Conditions and Paranoia*. I: Arieti S, red. *American Handbook of Psychiatry*. 2. Ed. Vol. 1. New York: Basic Books Inc. Publishers, 1974.
- Retterstol N, Opgjordsmoen S. Differences in diagnosis and long-term course and outcome between monosymptomatic and other delusional disorders. *Psychopathology* 1994;27:240-6.
- Bjerre P. *Zur Radikalbehandlung der chronischen Paranoia*. III bd. Leipzig: Franz Deuticke, 1912.
- Alford B, Beck AT. Cognitive therapy of delusional beliefs. *Behav Res Ther* 1994;32:369-80.
- Manschreck TC, Khan NL. Recent advances in the treatment of delusional disorder. *Can J Psychiatry* 2006;51:114-9.
- Færgeman PM. *Psychogenic Psychoses*. London: Butterworth & Co Ltd, 1963.
- Achte KA. On prognosis and rehabilitation in schizophrenic and paranoid psychoses. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1967;196:1-217.
- Jørgensen P. *Forløbet af vrangforestillinger [disp]*. Århus: Aarhus Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, 1999.
- Stephens JH, Richard P, McHugh PR. Long-term follow-up of patients with a diagnosis of paranoid state and hospitalized, 1913 to 1940. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:202-8.