

Hypokonderparanoia er en differentialdiagnostisk udfordring

Raben Rosenberg, Tania Podlaska Mariager & Rikke Hilker



STATUSARTIKEL

Psykiatrisk Center
Amager, Region
Hovedstadens Psykiatri

Ugeskr Læger
2018;180:V02180151

Patienter med somatiske klager, hvor der er en uoverensstemmelse mellem de somatiske fund og klagerens art, intensitet og påvirkning af social funktion, er historisk set velkendte og udgør i dag et væsentligt problem i sundhedsvæsenet [1]. Tilstande med medicinsk uforklarlige symptomer udgør en broget gruppe af lidelser med somatoforme tilstande som overbegreb i tiende udgave af International Classification of Diseases (ICD-10). Hypokondertilstand er en undertype, der er præget af sygdomsangst og også rummer sygelig optagethed af kroppens udseende (**Tabel 1**). I femte udgave af Diagnostic Statistical Manual of Diseases (DSM-5) findes der tilsvarende lidelser, herunder *illness anxiety disorder* med sygdomsangst, men med få somatiske symptomer. Rumination over sygdom er et vigtigt symptom ved hypokondre klager, som, finder *Fink et al* [2], er nosologisk dårligt valideret.

I 1976 foreslog psykiater *Erik Bjerg Hansen* [3] at genoplive betegnelsen »hypokonderparanoia« (HP) på baggrund af en historisk gennemgang af litteraturen og et stort klinisk materiale. Han talte om HP, når hypokondre klager er vrangforestillinger, men uden tilstedeværelsen af andre symptomer på skizofreni og/eller andre klassiske psykoser. HP er således en sindssygdom, og uden opmærksomhed herpå risikerer patienterne at blive udsat for fejlbehandlinger eller unødige undersøgelser i jagten på sygdomsårsager.

I ICD-10 findes HP ikke som selvstændig diagnose, men må ses som en særlig form for enkelparanoia [4] under psykoseafsnittet F20-29, svarende til *delusional disorder* i DSM-5. Paranoide hypokondre klager kan også ses ved *body dysmorphic disorder* (BDD), hvor der er optagethed af fejl og mangler ved kroppen, som

andre ikke observerer, eller som forekommer bagatelagtige.

I denne artikel er fokus på psykopatologiske forhold ved lidelser med påfaldende hypokondre klager og den teoretiske forståelse heraf.

KLINIK

I modsætning til hypokondertilstand (**Tabel 2**) er sygdomsklager ved HP vrangforestillinger om sygdom. Patienterne giver helt urealistiske forklaringer på deres symptomer og fastholder dem trods alle relevante modargumenter, herunder accepterede somatiske forklaringer på sygdom, og trods indholdets urimelighed, som er evident for andre. I andre forhold end de specifikke sygdomsklager har patienterne derimod en bevaret realitetssans og kan derfor fremtræde upåfaldende i sociale sammenhænge, indtil talen falder på deres sygdomsklager.

Klagemønstre kan antage forskellige former. *Bjerg Hansen* skelnede imellem flere typer (**Tabel 3**), som fortsat anvendes og beskrives i litteraturen.

Hudparasitforryktheden er grundigt omtalt i den nyere dermatologiske litteratur [5]. Patienterne mener sig befængt med utøj, parasitter, mider, orme eller lignende, som især findes i huden, hvor de giver ubehagelige fornemmelser. Patienterne medbringer typiske eksempler i form af hudafskrab i små æsker, hvilket nærmest må betegnes som patognomonisk. At forsøge at verificere dokumentationen af det ufarlige skrab under mikroskop overbeviser ikke patienterne, da det netop drejer sig om vrangforestillinger.

En anden type er næsehypokondrien, hvor næsen opfattes som skæv og påfaldende af udseende, hvilket kan resultere i gentagne forgæves operative indgreb, selv om næsen for den uhildede ser ganske normal ud. I svære tilfælde angiver personen sit udseende som hæsligt og frastødende, hvilket fuldstændig kan forpeste tilværelsen for vedkommende.

Ved olfaktoriske paranoide tilstande er patienterne overbeviste om, at de udsender en ubehagelig stank, som får andre til at undgå dem, hvilket medfører, at de føler sig skamfulde, ulykkelige og ængstelige.

Ved den autoterapeutiske form handler personen på sine vrangforestillinger om sygdom ved at behandle sig selv, f.eks. behandles »ødelagte tarme« med kaffeskyl-

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Hypokonderparanoia er en sjælden, men meget pinefuld lidelse med psykotisk overbevisning om at lide af somatisk sygdom med deraf følgende risiko for udsigtsløse udredninger og behandlinger.
- ▶ Forskning i både kognition og neurobiologi har givet ny indsigt i dannelse af vrangforestillinger og andre fejlagtige opfattelser af sygdom.
- ▶ Sygdomsangst og optagethed af udseendet ses ved forskellige psykiske lidelser og kræver grundige differentialdiagnostiske overvejelser, før behandling med kognitiv psykoterapi eller medicin igangsættes.

ninger af tarmene, dramatiske kostændringer eller indtagelse af store mængder vitaminer eller diverse kosttilskud. En nyligt publiceret kasuistik er eksempel herpå [6].

Som nævnt har man i DSM-5 valgt at klassificere tilstande med symptomer svarende til symptomerne ved HP i gruppen af *delusional disorder*, medmindre paranoide klager primært vedrører udseende, hvorved diagnosen bliver BDD. Det er psykopatologisk interessant, at man opdeler BDD ud fra graden af indsigt i symptomernes art i god, rimelig, dårlig og helt fraværende, hvor sidstnævnte svarer til *delusional beliefs*. Ved dårlig indsigt mener patienterne, at deres opfattelse er korrekt, men de er ikke fuldstændig og vedvarende overbeviste.

DIAGNOSTIK

Hvis man har mistanke om HP, vil relevant og hyppigt omfattende somatisk udredning oftest være foretaget uden påvisning af abnorme fund, der kan forklare det udtalte og vedholdende klagemønster. Det vigtigste trin i den diagnostiske proces af HP bliver derfor at undersøge og begrunde, at klagerne er vrangforestillinger. I sit berømte værk om almen psykopatologi fra 1913 [7] anførte *Karl Jaspers* (1883-1969) som karakteristika for vrangforestillinger, at de fastholdes med ekstraordinær overbevisning, at de er ukorrigerbare, og at indholdet er umuligt. Dette er fortsat accepterede kriterier for vrangforestillinger.

Dernæst er det vigtigt at udelukke, at de somatiske vrangforestillinger indgår som symptom i andre psykiatriske lidelser såsom skizofreni, svære affektive lidelser med nihilistiske vrangforestillinger, svær demens eller følger af kokainmisbrug. Særligt skizofreni kan være en vanskelig differentialdiagnose til HP, men vejledende er, at de somatiske vrangforestillinger forekommer uden tilstedeværelse af andre symptomer som tankeforstyrrelser, hallucinationer, styringsoplevelser og negative symptomer med affektfladhed og isolationstendens. Der er rejst tvivl om, hvorvidt BDD med vrangforestillinger er en nosologisk enhed, eller om det snarere må opfattes som en symptomfattig form for skizofreni [8], hvilket understreger, at grundig psykopatologisk vurdering er vigtig.

FOREKOMST

Forekomsten af HP er dårligt belyst, men incidensen er formentlig lav i modsætning til incidensen af ikkepsykotiske tilstande med sygdomsangst. I et dansk populationsbaseret studie fandt man en livstidsrisiko for psykosegruppen F20-29 i ICD-10 på 3,7% [9], og i amerikanske studier angives livstidsrisikoen for *delusional disorder* til 0,05-0,1% [10]. Forekomsten af BDD er i udenlandske studier fundet at være få procent i normalbefolkningen, men meget højere i kliniske populati-

TABEL 1

300.7 Body Dysmorphic Disorder^a.

Kriterium	Beskrivelse
A	Optagethed af ≥ 1 defekter eller mangler i udseende som ikke observeres af andre eller som opfattes som beskedne
B	På et eller andet tidspunkt i forløbet har personen udført gentagne handlinger, f.eks. set sig i spejlet, udtalt soignering, pilning af hud, søgt beroligelse, eller mentale handlinger, f.eks. sammenligning af sit udseende med andres, som reaktion på bekymringer om udseende
C	Denne optagethed fremkalder klinisk betydningsfuldt ubehag eller funktionsnedsættelse i sociale, arbejdsmæssige, eller andre vigtige funktionsområder

a) Modificeret version af Diagnostic Statistical Manual of Diseases, 5. udg.

TABEL 2

F45.2 Hypokondertilstand.

Kriterium	Beskrivelse
A	Gennem ≥ 6 mdr. frygt for alvorlig navngiven somatisk sygdom <i>Eller</i> Vedvarende optagethed af påstået deformitet
B	Optagetheden af frygten og symptomerne er ubehagelig eller interferer med dagliglivsfunktionerne og fører til undersøgelser og behandling
C	Patienterne kan ikke eller kun forbigående acceptere forsikringer om, at der ikke fysisk er forklaring på tilstanden
D	Symptomerne optræder ikke kun i forbindelse med anden sygdom

TABEL 3

Hypokonderparanoia ad modum Bjerg Hansen.

<i>Hovedformer</i>
Den aktive, aggressive type - den hypokondre kampparanoiker eller kværlulantforrykte
Den passive, resignerede type - den af indbildt syge lidende, ødelagte og forfulgte paranoiker
Den autoterapeutiske medicinske opfinderforrykthed
<i>Særlige typer</i>
Den paranoide næsehypokondri og beslægtede æstetisk-hypokondre tilstande
Olfaktoriske paranoide tilstande
Hudparasitforryktheden
Det paranoide fremmedlegemesyndrom
Den paranoide pseudocycosis

oner og højest hos plastikkirurgiske patienter med kosmetiske problemer [11].

PATOGENESE

I kognitiv neuropsykologi og neurofilosofi [12] er der

»Den indbildt syge«
af Molière, Odense
Teater. (Foto: Emilie
Therese).



forskellige teorier om mekanismer bag dannelse og fastholdelse af overbevisninger hos normalbefolkningen og vrangforestillinger ved psykotiske lidelser [13].

Selv psykisk raske mennesker danner sig ofte hurtigt meninger ud fra begrænsede erfaringer og uden grundig refleksion, f.eks. springer de hurtigt fra oplevelser til konklusioner, og de er ikke særligt modtagelige for modargumenter. Der er dog en kognitiv mekanisme, der hæmmer fastlåsning af meninger og fungerer som en realitetstestning, hvor man mere eller mindre bevidst inddrager alment anerkendt viden og foretager en analyse af egne sanseprocesser ved nye indtryk og oplevelser [14-16].

Karl Jaspers skelnede mellem to hovedgrupper af vrangforestillinger: de primære vrangforestillinger, der er fænomenologisk egenartede og ikke psykologisk begrundelige. De opstår i en særlig vrangagtig atmosfære, hvor der skabes en radikal transformation af mening, som ikke kan korrigeres. Den anden gruppe har sin oprindelse i det enkelte individs oplevelser og stemninger og er forståelige i lyset af individets personlighed og livshistorie.

Vrangforestillinger ved HP er formentligt ofte sekundære, men kan også være primære. I nyere teorier om dannelsen af vrangforestillinger fremhæves en oplevelsesmæssig komponent, som er usædvanlig og indholdsmættet, og som genopleves igen og igen. En mangelfuld funktion af den proces, der normalt hindrer, at overraskende og intense oplevelser fastholdes som en fast overbevisning, kan derfor være en mulig forklaring på udvikling af vrangforestillinger [17, 18].

Monotematiske vrangforestillinger, som ved f.eks. HP, opstår måske især, når usædvanlige oplevelser inddrager sansemodaliteter, hvor normal realitetstestning ikke kan anvendes, f.eks. ved fornemmelser fra indre organer. Når de sensoriske indtryk genopleves, vil overbevisningen om, at der er noget galt i de indre organer, forstærkes [19]. Udvikling af vrangforestillinger antages således at skyldes specifikke forstyrrelser af kognitive processer, som fører til, at fejlagtige opfattelser re-inforceres og rekonstrueres med dannelse af et fastlåst

forklaringssystem. Der er fremsat forskellige biologiske begrundelser herfor [20].

Det er klinisk velkendt, som fremhævet af Kendler et al [21], at vrangforestillinger kan variere i intensitet, og det er derfor i de senere år blevet problematiseret, om vrangforestillinger er kategorielle eller dimensionelle [22, 23], eller forsigtigere udtrykt i forhold til det aktuelle tema, om der er grundlag for en dimensionel opfattelse af hypokondre klager baseret på graden af indsigt i den fejlagtige opfattelse af helbredsforhold. Man har således udviklet psykometriske redskaber for at kunne belyse dette, f.eks. Brown Assessment of Beliefs Scale [24], der er valideret i flere studier [22, 25]. Der er nu, som afspejlet i DSM-5, empirisk belæg for, at der ved udtalt optaget af fejl og mangler ved kroppen er vekslende grader af indsigt i klagernes fejlagtighed fra god over ringe til helt fravær af indsigt som ved vrangforestillinger. Dette er en ny udfordring til psykopatologisk beskrivelse og diagnostik.

BEHANDLING

Man har traditionelt søgt at behandle HP med en kombination af antipsykotika og kognitiv adfærdsterapi. Der er dog manglende evidens for adfærdsterapi og kun få meddelelser om en effekt af antipsykotisk medicin [26]. I et Cochranereview fra 2015 [27] er der kun omtalt et enkelt mindre, randomiseret studie med kognitiv psykoterapi. Et væsentligt element i »behandling« af HP er at hindre unødige og muligt risikofyldte medicinske og kirurgiske undersøgelser og behandlinger.

Behandlingen af BDD med antidepressivum af selektiv serotoningoptagelseshæmmer-typen i kombination med kognitiv adfærdsterapi er lidt bedre dokumenteret. Overraskende er det, at der er en vis effekt af antidepressiva på formerne både med og uden indsigt [23]. Yderligere forskning er dog påkrævet, før tolkning af dette fund kan foretages.

PROGNOSE

Man har kun i et begrænset antal studier beskæftiget sig med prognostiske forhold ved HP i modsætning til prognostiske forhold ved ikkepsykotisk sygdomsangst [28]. Langtidsstudier viser begrænset diagnostisk stabilitet for *delusional disorder*. Hos 20-40% sker der en ændring af diagnosen fra enkelparanoia [29] typisk til skizofreni [30]. Remission ses, men forløbet er ofte kronisk. Ved BDD er der tendens til et langvarigt forløb, uanset formen, medmindre behandlingen gives tidligt [23].

KONKLUSION

Patienter med vedvarende, grundløs frygt for at lide af somatisk sygdom udgør et væsentligt problem i sundhedsvæsenet. HP er en sjælden, men vigtig undergruppe af paranoide tilstande, som ikke bør overses hos

patienter, der har vedvarende, men ubegrundet helbredsangst eller klager over udseende, og hvor der ikke er andre symptomer på sindssygdom som ved skizofreni. Differentialdiagnosen heroverfor kan dog være meget vanskelig.

Det er vigtigt at hindre, at disse patienter skader sig selv, eller at de udsættes for meningsløse udredninger og behandlinger. Selv om overdreven sygdomsangst og optagethed af kroppens udseende kun sjældent har karakter af vrangforestillinger, tyder nyere forskning på, at optagethed af udseendet udgør et spektrum med vekslende grad af indsigt i klagernes art. Der er således fortsat uafklarede nosologiske forhold og differentialdiagnostiske udfordringer ved hypokondre klager i bred forstand.

SUMMARY

Raben Rosenberg, Tania Podlaska Mariager & Rikke Hilker:

Hypochondriacal paranoia is a differential diagnostic challenge

Ugeskr Læger 2018;180:V02180151

Patients with persistent complaints about somatic symptoms, which cannot be explained by somatic disease, constitute a major healthcare problem. Hypochondriacal paranoia is an important subset of paranoid conditions, which should not be overlooked in patients with persistent hypochondriacal complaints. It is rare, in contrast to illness anxiety disorder or body dysmorphic disorder optionally with insufficient insight. Recent research indicates, that hypochondriacal complaints present a spectrum of evident psychotic conditions over delusion-like complaints to excessive illness anxiety.

KORRESPONDANCE: Raben Rosenberg.

E-mail: raben.rosenberg@regionh.dk

ANTAGET: 30. august 2018

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 29. oktober 2018

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formulærer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Smith RC, Dwamena FC. Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med* 2007;22:685-91.
- Fink P, Ornbol E, Toft T et al. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *Am J Psychiatry* 2004;161:1680-91.
- Hansen EB. Paranoia hypochondriaca. *Psykiatrisk Afdeling, Rigshospitalet*, 1976:339.
- Birkeland SF. Paranoia. *Ugeskr Læger* 2007;169:3566-70.
- Freudenmann RW, Lepping P. Delusional infestation. *Clin Microbiol Rev* 2009;22:690-732.
- Mariager TP, Hilker R, Rosenberg R. Hypokonderparanoia. *Ugeskr Læger* 2018;180:V06170467.
- Jaspers K. *General psychopathology*. Manchester University Press, 1963: 922.
- Jansson LN, Nordgaard J. *The psychiatric interview for differential diagnosis*. Springer, 2016:270.
- Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry* 2014;71:573-81.
- Manschreck T. Delusional disorder. <https://www.uptodate.com/contents/delusional-disorder> (15. feb 2018).
- Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialog Clin Neurosci* 2010;12:221-32.
- Bortolotti L. Delusion. I: Zalta EN, red. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <https://plato.stanford.edu/archives/spr2018/entries/delusion/> (23. sep 2018).
- Braun CM, Suffren S. A general neuropsychological model of delusion. *Cogn Neuropsychiatry* 2011;16:1-39.
- Coltheart M. The neuropsychology of delusions. *Ann N Y Acad Sci* 2010;1191:16-26.
- Coltheart M, Langdon R, McKay R. Delusional belief. *Ann Rev Psychol* 2011;62:271-98.
- Kiran C, Chaudhury S. Understanding delusions. *Ind Psychiatry J* 2009;18:3-18.
- Davies DJ, Teufel C, Fletcher PC. Anomalous perceptions and beliefs are associated with shifts toward different types of prior knowledge in perceptual inference. *Schizophr Bull* 27. dec 2017 (e-pub ahead of print).
- Davies M, Coltheart M. Introduction: pathologies of belief. *Mind Language* 2000;15:1-46.
- Hohwy J, Rosenberg R. Unusual experiences, reality testing and delusions of alien control. *Mind Language* 2005;20:141-62.
- Corlett PR, Taylor JR, Wang XJ et al. Toward a neurobiology of delusions. *Prog Neurobiol* 2010;92:345-69.
- Kendler KS, Glazer WM, Morgenstern H. Dimensions of delusional experience. *Am J Psychiatry* 1983;140:466-9.
- Appelbaum PS, Robbins PC, Roth LH. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *Am J Psychiatry* 1999;156:1938-43.
- Phillips KA, Hart AS, Simpson HB et al. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: recommendations for DSM-5. *CNS Spectrums* 2014;19:10-20.
- Eisen JL, Phillips KA, Baer L et al. The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *Am J Psychiatry* 1998;155:102-8.
- Phillips KA, Hart AS, Menard W et al. Psychometric evaluation of the Brown Assessment of Beliefs Scale in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 2013;201:640-3.
- Munoz-Negro JE, Cervilla JA. A systematic review on the pharmacological treatment of delusional disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2016;36:684-90.
- Skelton M, Khokhar WA, Thacker SP. Treatments for delusional disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;5:CD009785.
- Fink P, Ornbol E, Christensen KS. The outcome of health anxiety in primary care. *PLoS One* 2010;5:e9873.
- Appelbaum PS, Robbins PC, Vesselinov R. Persistence and stability of delusions over time. *Compr Psychiatry* 2004;45:317-24.
- Opjordsmoen S. Hypochondriacal psychoses: a long-term follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 1988;77:587-97.