

Statusartikel

Ugeskr Læger 2020;182:V03200167

Differentialdiagnostik ved tvangsfænomener

Lena Engelund Holm¹, Lennart Jansson² & Julie Nordgaard³

1) Psykiatrisk Center Sct. Hans, Region Hovedstadens Psykiatri, 2) Psykiatrisk Center Glostrup, Region Hovedstadens Psykiatri, 3) Psykiatrisk Center Amager, Region Hovedstadens Psykiatri

Ugeskr Læger 2020;182:V03200167

HOVEDBUDSKABER

- Tvangsfænomener med varierende grad af indsigt kan ses ved bl.a. obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD), skizofreni, depression, spiseforstyrrelser og autisme.
- Det nu ignorerede begreb pseudoobsession muliggjorde sondring mellem OCD og psykoselidelser.
- Kendskabet til begrebet har således differentialdiagnostisk betydning.

Diagnostik af psykiske lidelser er næsten udelukkende klinisk. Der findes stort set ingen ekstrakliniske markører, hvormed man kan verificere diagnosen. Det stiller store krav til lægens viden om psykopatologi og kliniske undersøgelsesmetoder. Ikke sjældent opstår der diagnostisk uenighed, og her er det vigtigt at kunne skelne mellem forskellige symptomer, som på overfladen kan ligne hinanden.

Et eksempel på dette er tvangsfænomener, som kan ses ved flere tilstande bl.a. obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD), psykoselidelser (f.eks. skizofrenilidelse), depression (anankastisk depression), spiseforstyrrelser og autisme samt ved organiske og stofudløste tilstande.

Forbindelsen mellem OCD og skizofreni har været diskuteret i over 100 år. Tvangsfænomener forekommer meget hyppigt inden for skizofrenispektret [1, 2], og OCD-diagnosen er forbundet med øget risiko for senere at få skizofreni, især gælder dette for debut af OCD før 20-årsalderen [3]. Afgrænsningen af begrebet obsession (tvangstanke) over for vrangforestilling, som *Kraepelin*, *Bleuler* og *Jaspers* refererede til [4-7] blev etableret for over 100 år siden. I 1950'erne blev begrebet pseudoobsession introduceret bl.a. for at lette den differentialdiagnostiske opgave [8].

Siden 1980'erne har diagnosen OCD undergået betydelige ændringer. Man vægter ikke længere sammenhængen mellem obsession og kompulsion, og i det amerikanske diagnosesystemer (DSM-5) tillader man manglende indsigt ved obsessioner, der derfor nærmer sig definitionen på pseudoobsessioner. I det nuværende DSM-5 tillader man faktisk vrangforestillinger som obsessioner.

Formålet med denne artikel er at gennemgå den klassiske sondring mellem »ægte«
obsessioner/»ægte«
kompulsioner og »pseudo«
obsessioner/»pseudo«
kompulsioner. De sidstnævnte er fænomener, der er karakteriseret af nedsat indsigt og modstand og er tættere relateret til psykotiske lidelser. Forekomsten af dem bør foranledige en bredere differentialdiagnostisk vurdering. Denne problemstilling er aktualiseret af, at man i den nu vedtagne version af ICD-11 [9, 10] tillader obsessioner med såvel god som dårlig eller fraværende indsigt.

TVANGSFÆNOMENER

OCD er karakteriseret ved tilbagevendende obsessioner og kompulsioner. Sædvanligvis erkender patienten tankerne og handlingerne som meningsløse eller ineffektive og forsøger at modstå dem. Det er gerne forbundet med angst, som forværres ved forsøg på at modstå tvangshandlingerne (ICD-10).

Tvangsfænomener kan inddeles i simple og komplekse tvangsfænomener. F.eks. er en til bevidstheden tilbagevendende melodistump – en simpel obsession, eller tællemani – en simpel kompulsion. De simple tvangsfænomener ledsages ikke af differentieret tankeaktivitet. Under komplekse tvangsfænomener hører obsession, kompulsion, pseudoobsession og pseudokompulsion [11]. I den klassiske psykopatologi forstår man kompulsioner som sekundære fænomener til obsessioner, dvs. at de tjener til at dæmpe den angst, som obsessionen medfører. I ICD-10 tillader man kompulsioner uden relaterede obsessioner.

Obsession

En obsession er en påtrængende tanke, som patienten finder urimelig eller usandsynlig, men alligevel overvinder tanken patientens indre modstand (ICD-10) [12].

Tankerne er egodystone, og der er en vedvarende indre modstand [13]. Patienten ønsker ikke at have disse tanker og oplever dem som absurde eller helt usandsynlige. I ICD-10's kriterier for OCD kræves det, at tankerne søges afvist eller modstået. Modstanden svækkes ved kronisk OCD, og derfor skal sygdomsvarigheden også tages i betragtning ved vurderingen [4]. Når modstanden forsvinder, og tankerne får virkelighedspræg, er der tale om vrangforestillinger.

Selve tankens indhold kan være rationelt, trivielt eller neutralt [11]. Ofte handler obsessionerne om renlighed eller sygdomsangst, men det kan også være angst for at volde skade på sig selv eller andre, religiøse tanker og overvejelser om godt og ondt [14]. Patienten frygter, at tankens indhold muligvis kan indtræffe, selvom det er meget usandsynligt. Men at muligheden er lille, gør det ikke fuldstændig usandsynligt, og patienten er i tvivl: OCD er blevet kaldt »la folie du doute«, tvivlesyge [13, 15].

Tankerne bliver ikke til ruminationer eller meget detaljerede fantasier eller forestillingsbilleder [13]. De ledsages ikke af tilsvarende affekter, f.eks. lyst til at skade andre. Tanken opleves heller ikke som påført udefra, hvilket i givet fald ville gøre oplevelsen til førsterangssymptomet tankepåførsel.

Kompulsion

Kompulsioner er i deres klassiske definition gentagen adfærd foretaget som reaktion på obsessioner. Forholdet mellem obsession og kompulsion er rationelt og kausalt. Tvangshandlingerne udføres for at neutralisere indtrængende tvangstanke og forhindre et frygtet udfald [16, 17]. De vil ofte kunne udsættes, men opleves alligevel af patienten som ufravigelige. Udførelsen af kompulsionen medfører en lettelse, men er aldrig lystbetonet [13]. Samtidig er kompulsionerne drevet af, at patienten kommer i tvivl om, hvorvidt de blev udført korrekt eller tilstrækkeligt i første omgang, og tvivlen driver patienten til at udføre dem igen og igen [7].

Pseudoobsession

En pseudoobsession er et tvangslignende fænomen, der opleves knap så personlighedsfremmed som en obsession og kun mødes med ringe eller ingen indre modstand (egosyntoni). Pseudoobsessionerne har hyppigt karakter af detaljerede skræmmende forestillingsbilleder eller filmsekvenser [18], og indholdet er ofte direkte aggressivt, seksuelt perverteret eller på anden måde bizart.

En pseudoobsession dukker ligesom obsessionen i reglen op i bevidstheden uden patientens aktive medvirken, men forekommer ikke så urimelig som en ægte tvangstanke. Der kan ofte være tale om ruminationer eller en grublen med et indhold, der delvis er kongruent eller overlappende med patientens habituelle netværk af øvrige tanker og forestillinger [13].

Udover at pseudoobsessionerne adskiller sig fra ægte obsessioner, hvad angår egosyntoni, ledsagende angst og følelsesmæssigt og aggressivt indhold, er de mere situationsafhængige og foranderlige end obsessionerne [13].

Obsessioner ved depression er egosyntone og derfor heller ikke sande obsessioner, og de har ikke samme billedkarakter som de beskrevne pseudoobsessioner. Deres indhold har ofte at gøre med frygten for at skade andre og svarer til indholdet i depressive ruminationer og selvbefredelser.

Pseudokompulsion

Pseudokompulsioner kan også have karakter af svar på pseudoobsessioner. Forholdet mellem disse er ofte magisk, f.eks. det at fortage en håndbevægelse for at hindre en ulykke. Handlingerne kan have karakter af kataton adfærd, f.eks. stereotyper, magiske ritualer eller adfærd, der er knyttet til psykotiske oplevelser som svar på f.eks. kommanderende stemmer [13].

Se Tabel 1 for et eksempel, der illustrerer forskellen på en obsession og en pseudoobsession, og Tabel 2, som viser karakteristika for hhv. obsession og pseudoobsession.

TABEL 1 / Eksempler på henholdsvis en obsession og en pseudoobsession.

Obsession

En ung mand fortæller, at når han ser en skarp kniv i køkkenet, får han tanken, at han kunne skade nogen med den, hvilket han selv anser for absurd, da han jo aldrig kunne finde på at gøre nogen fortræd
Tanken dukker dog hele tiden op og foruroliger ham, når han er i køkkenet, og han har derfor måttet låse alle skarpe knive ned i en skuffe
Han må gentagne gange sikre sig, at skuffen er låst
Tanken udvikler sig aldrig til et indre billede

Pseudoobsession

En ung mand fortæller om nogle tilbagevendende, påtrængende og skræmmende episoder
Når han står i køkkenet og snitter grøntsager sammen med kæresten, ser han pludselig for sit indre blik, hvordan han stikker kniven i maven på hende
Det har karakter af en kort videosekvens med tydelige detaljer, og han kan næsten fornemme i hånden, hvordan det føles
Oplevelserne er pinefulde, og han kommer indimellem i tvivl, om han i virkeligheden er voldelig og kunne finde på at gøre det

TABEL 2 / Oplevelsesmæssige forskelle på obsessioner og pseudoobsessioner.

Emne	Obsession	Pseudoobsession
Idéer eller forestillinger	Påtrængende, tilbagevendende men flygtige tanker, idéer eller forestillinger	Idéer eller forestillinger, ofte billedligt detaljerede og fastholdt i flere minutter
Tankens indhold	Tankens indhold er rationelt, trivielt eller neutralt uden ledsagende affekt	Tankens indhold er oftest aggressivt, seksuelt perverteret eller på anden måde bizart ledsaget af affekter
Angst	Tanken ledsages ikke af stærk angst	Tankens indhold kan være skræmmende eller foruroligende
Sandsynlighed	Tanken betragtes som værende urimelig, både hvad angår indhold, f.eks. at gøre skade på andre, og sandsynlighed	Tanken betragtes som værende sandsynlig
Modstand	Forsøges modstået	Ringe indre modstand
Personlighedsfremmedhed	Egodyston	Delvist egosynton
Ipseitet	Tankerne anerkendes som værende ensegne	Tankerne kan evt. opleves som ikke hidrørende fra en selv
Indsigt	Den klassiske definition af obsession ledsages af bevaret indsigt De nye kriterier ^a tillader svigtende indsigt inddelt i 2 undertyper: »With fair to good insight« og »With poor to absent insight« [9]	Svækket eller forsinket indsigt
Kompulsion	Evt. kompulsioner står i et logisk forhold til obsessionen	Forholdet mellem tanke og pseudo-kompulsion kan være magisk, uindleveligt

a) ICD-11.

UDVIKLINGEN AF DE DIAGNOSTISKE KRITERIER OG BEGREBET OBSESSIV-KOMPULSIV TILSTAND

I de nyere udgaver af det amerikanske diagnosesystem (DSM) tillader man, at patienter med OCD kan være uden indsigt i tvangstankernes urimelighed og huse vrangforestillinger. I DSM-III (1980) var det et krav, at patienten anerkendte obsessionerne som et produkt af egne tanker. Det blev ændret i DSM-IV (1994) og DSM-5 (2013), hvor der blev tilføjet en underopdeling, hvor patientens grad af indsigt kunne angives. OCD i DSM-terminologi har således udviklet sig fra en tilstand med sande obsessioner til en diagnostisk enhed, der tillader manglende indsigt i tankernes rigtighed og endog vrangforestillinger [2]. Dermed bliver grænsen til psykotiske lidelser udvisket, i hvert fald hvad angår tvangstanker.

Den kommende udgave af WHO's diagnostiske manual (ICD-11) lægger sig op ad DSM og tillader defekt realitetstestning, hvad angår tvangsfænomenerne hos en patient med OCD, idet der angives to undertyper »with fair to good insight« og »with poor to absent insight« [9].

For oversigt over ændringerne i de diagnostiske manualer henvises der til **Tabel 3**.

TABEL 3 / Udviklingen i de diagnostiske manualer om obsessiv-kompulsiv tilstand.

Emne	DSM ^a			ICD ^b	
	III	IV	5	10	11
Klassificering	Angsttilstande	Angsttilstande	Tvangstilstande	Nervøse og stressrelaterede tilstande	Tvangstilstande
Krav om indsigt	Erkende at tanker er produkt af egen fantasi og ikke påført udefra	Som i III Der tilføjes flg. specificier: »Poor insight«	Som i IV Der tilføjes flg. specificiers: »Good/fair insight« »Poor insight« »Absent insight/delusional beliefs«	Erkende at tanker er produkt af egen fantasi og ikke påført udefra	Som i 10 Der tilføjes flg. specificiers: »Fair to good insight« »Poor to absent insight«
Indre modstand	Tanker skal søges ignoreret, undertrykt eller neutraliseret	Som i III Der tilføjes flg.: »på et tidspunkt«	Som i IV	Tanker skal søges afvist eller modstået	Tanker skal søges ignoreret, undertrykt eller neutraliseret

a) Fra The American Psychiatric Association.

b) Fra WHO.

DISKUSSION

I den klassiske definition af obsession som ledsaget af bevaret indsigt og modstand betragtes den trods tvivlesygen som ikkepsykotisk. Jo mindre modstand og indsigt, jo mere svækket er realitetsopfattelsen, og jo mere nærpsykotisk eller psykotisk er fænomenet. Når man vælger at inkludere tilstande med nedsat eller manglende indsigt i OCD-diagnosen, inkluderer man altså tilstande, der klinisk må betragtes som nærpsykotiske eller psykotiske, uanset hvilken diagnose denne tilstand vil udløse i diagnosesystemet. ICD-10 er opbygget over Jaspers hierarkiske model, hvor organiske psykoser rangerer højere end ikkeorganiske psykoser, der igen rangerer højere end ikkepsykotiske tilstande. Tilstande præget af psykosesymptomer skal i ICD-10 tildeles psykosedagnoser (kapitel F1-F3). I DSM gælder kun få hierarkiske regler, og i ICD-11 vil hierarkiet blive nedtonet betydeligt.

Når man vælger at udvide OCD-begrebet i forhold til indsigt, udvider man diagnosen til at omfatte psykoser. Der kan være pragmatiske grunde til denne udvidelse, især hvis behandlingen er den samme. Imidlertid er der litteratur, hvor man peger på, at OCD med og uden indsigt skal behandles forskelligt [19, 20]. Desuden kan sygdomsbilledet hos patienter med manglende indsigt være mere omfattende med andre (nær)psykotiske symptomer, der kræver behandling, end sygdomsbilledet hos patienter med indsigt. Det store overlap mellem OCD og skizofrenispektret gør, at især dette spektrum skal kunne udelukkes. Diagnoser stilles ikke udelukkende ud fra isolerede diagnostiske kriterier, men kræver en global psykopatologisk vurdering. Al diagnostik indebærer differentialdiagnostik.

Nogle patienter har åbenbart obsessioner både med og uden indsigt, men her må det gælde, at hvis der overhovedet forekommer pseudoobsessioner, er det tegn på svækket realitetsopfattelse, og dette bør medføre en nærmere udredning for psykoselidelser. Kronisk OCD kan indebære, at modstanden svækkes, og fænomenerne bliver i højere grad gamle vaner, men patientens virkelighedsopfattelse skrider ikke, og der bliver altså ikke tale om psykose.

Argumentationen for at inkludere nedsat eller ophævet indsigt i OCD-diagnosen synes at bygge på kliniske og demografiske ligheder mellem grupperne [21]. Men en nærmere analyse af patienter i OCD-ambulatorier har vist en høj forekomst af skizofrenispektrumtilstande (62%) og forekomst af obsessioner og pseudoobsessioner hovedsageligt i relation til hhv. OCD- og skizofrenispektrumdiagnoser [2]. Der hersker således stor diagnostisk

usikkerhed, når patienter har tvangssymptomer.

I et helt nyt studie har man undersøgt, om ICD-11-kriterierne er mere præcise diagnostisk end ICD-10-kriterierne. Man fandt, at klinikerne havde vanskeligt ved at anvende gradueringen af indsigt, men at de havde nemmere ved at skelne de psykotiske tilstande fra de tvangsprægede [22].

KONKLUSION

Undersøgelse for pseudoobsessioner og pseudokompulsioner har stor differentialdiagnostisk betydning for både ICD-10- og ICD-11-diagnostik.

Kendskabet til, at tvangsfænomener kan forekomme på tværs af psykiatriske diagnoser, skal bringe såvel den henvisende almenmediciner som psykiateren til at tænke differentialdiagnostisk. Ved at udelukke, at der er tale om en psykoselidelse, herunder en lidelse inden for skizofrenispektret, sikres det, at patienterne får den rigtige diagnose og dermed den rigtige behandling. Et helt nyt studie har vist, at ændringerne i de diagnostiske kriterier muligvis letter denne opgave [22].

Da man i ICD-11 tillader obsessioner med såvel god som dårlig eller fraværende indsigt, kan den differentialdiagnostiske opgave mellem OCD og psykoselidelser blive vanskeligere, og kendskabet til det psykopatologiske begreb pseudoobsessioner bliver desto væsentligere.

KORRESPONDANCE: *Lena Engelund Holm*. E-mail: lenaengelundholm@gmail.com

ANTAGET: 7. oktober 2020

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 23. november 2020

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

LITTERATUR: Findes i artiklen publiceret på Ugeskriftet.dk

SUMMARY

Differential diagnosis in obsessive-compulsive disorder

Lena Engelund Holm, Lennart Jansson & Julie Nordgaard

Ugeskr Læger 2020;182:V03200167

Obsessive-compulsive-like symptomatology may be present in various psychiatric disorders including schizophrenia. This has been described since Kraepelin and Bleuler. In this review, we draw attention to the often ignored notion of pseudo-obsession. The concept can add to the distinction between true obsession in OCD and related psychopathological phenomena in the schizophrenia spectrum disorders and improve diagnostic practice. The recent changes in the diagnostic manuals have made this distinction more difficult by allowing a lack of insight and delusional beliefs in the diagnostic criteria for OCD.

LITTERATUR

1. Cederlöf M, Lichtenstein P, Larsson H et al. Obsessive-compulsive disorder, psychosis, and bipolarity: a longitudinal cohort and multigenerational family study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2010;34:323-30.
2. Rasmussen AR, Nordgaard J, Parnas J. Schizophrenia-spectrum psychopathology in obsessive-compulsive disorder: an empirical study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2019 (online 25. maj).
3. Cheng Y, Chen VC, Yang Y et al. Risk of schizophrenia among people with obsessive-compulsive disorder: a nationwide

- population-based cohort study. *Schizophr Res* 2019;209:58-63.
4. Bürgy M. Obsession in the strict sense: a helpful psychopathological phenomenon in the differential diagnosis between obsessive-compulsive disorder and schizophrenia. *Psychopathology* 2007;40:102-10.
 5. Kraepelin E. *Dementia praecox and paraphrenia*. E & S Livingstone, 1919.
 6. Bleuler E. *Textbook of psychiatry*. The Macmillan Co, 1924.
 7. Jaspers K. *General psychopathology*. First ed. The John Hopkins University Press, 1997.
 8. Poletti M, Raballo A. Obsessively thinking through the schizophrenia spectrum: disentangling pseudo-obsessive schizophrenia form OCD. *Schizophr Res* 2019;212:232-3.
 9. [https://icd.who.int/browse \(18.mar.2020\)](https://icd.who.int/browse (18.mar.2020)).
 10. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M et al. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *J Affect Disord* 2016;190:663-74.
 11. Mors O, Parnas J, Kragh-Sørensen P. *Klinisk psykiatri*. 3. udg. Munksgaard Danmark, 2009.
 12. Mayer Gros W, Slater E, Roth M. *Clinical psychiatry*. Cassell and Company Ltd, 1954.
 13. Jansson L, Nordgaard J. *The psychiatric interview for differential diagnosis*. Springer, 2016.
 14. Sanders J. Delusions or obsessions: the same only different? *Psychopathology* 2006;39:45-8.
 15. Simonsen E, Møhl B, red. *Grundbog i psykiatri*. 1. udg. Hans Reitzels Forlag, 2010.
 16. Hersen M, Beidel D, red. *Adult psychopathology and diagnosis*. 6th. ed. Wiley, 2012.
 17. Balney P, Krueger, R, Millon T, red. *Oxford textbook of psychopathology*. Third ed. Oxford University Press, 2015.
 18. Parnas J, Møller P, Kircher T et al. EASE: examination of anomalous self-experience. *Psychopathology* 2005;38:236-58.
 19. Catapano F, Perris F, Fabrazzo M et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry* 2009;34:323-30.
 20. Hollander E, Bienstock CA, Koran LM et al. Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment. *J Clin Psychiatry* 2002;63(suppl 6):20-9.
 21. Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry* 1993;54:373-9.
 22. Kogan CS, Stein DJ, Rebello TJ et al. Accuracy of diagnostic judgments using ICD-11 vs. ICD-10 diagnostic guidelines for obsessive-compulsive and related disorders. *J Affect Disorders* 2020;273:328-40.