

Hypokonderparanoia

Tania Podlaska Mariager, Rikke Hilker & Raben Rosenberg

KASUISTIK

Psykiatrisk Center
Amager

Ugeskr Læger
2018;180:V06170467

Som læger møder vi ofte patienter, der klager over persisterende somatiske symptomer til trods for negative fund og lægelig forsikring om, at symptomerne ikke har nogen fysisk årsag. Hos nogle patienter antager klagerne et hypokondert præg typisk orienteret om et enkelt organsystem og med udtalt ængstelighed og bekymring til følge [1, 2].

I 1976 foreslog psykiater *Erik Bjerg-Hansen* betegnelsen hypokonderparanoia for de tilstande, hvor klagerne antog karakter af vrangforestillinger, men uden symptomer på skizofreni i form af hallucinationer, formelle tankeforstyrrelser, førsterangssymptomer eller negative symptomer [1, 3].

SYGEHISTORIE

En 31-årig mand, som tidligere var blevet behandlet for depression, blev henvist fra en somatisk afdeling til indlæggelse mhp. observation for psykiatrisk lidelse.

Han fortalte, at han tidligere havde været eksponeret for et indeklima med skimmelsvamp, og han havde fået den opfattelse, at han via en toksisk forgiftning i lungerne var blevet inficeret med skimmelsvamp og *Candida*.

Han konsulterede gentagne gange egen læge, speciallæge og skadestue med symptomer fra mave-tarmkanalen, nedsat energi og mistanke om »indeklimasyndrom«. Sidstnævnte mente han blev verificeret hos en speciallæge, men ifølge journalnotaterne var han fuldstændigt udredt for somatisk sygdom, uden at man havde fundet noget abnormt.

Ved indlæggelsen var han yderst forpint og præget af somatiske vrangforestillinger om »at blive spist op af

svamp«, samt at »skimmelsvamp havde invaderet hans tarme og ødelagt tarmfloraen«. Han kunne give talrige eksempler på skimmelsvampens indvirkning: Han oplevede sit »tandkød i trevler«, at der »faldt små kødstykker ud af munden« og »gentagne elektriske stød i kroppen«. Han havde et udtalt kendskab til symptomer, der blev udløst af eksponering for skimmelsvamp, hvilket ganske opfyldte hans tankeindhold. Om andre forhold i sit liv redegjorde han nøgternt og upåfaldende.

Han havde forsøgt at behandle sig selv, bl.a. med tarmskylning med kaffe og stramme kostrestriktioner. Han var angst og bekymret, men fremstod uden tegn til depressiv eller skizofreniform symptomatologi, fraset hvad der blev tolket som isolerede somatiske vrangforestillinger. Han var ukorrigerbar i sin sygdomsopfattelse og afviste at tage antipsykotisk medicin. Han gav senere udtryk for at tage medicinen, men i en plasmaundersøgelse blev det påvist, at det ikke var tilfældet. Først efter længere tid accepterede han en lav dosis antipsykotisk medicin.

Han var indlagt i fire måneder. Ved udskrivelsen var han mindre forpint end tidligere, og de persisterende somatiske vrangforestillinger var aftaget i intensitet.

DISKUSSION

Hypokonderparanoia er en særlig form for enkeltparanoia med velorganiserede og systematiserede vrangforestillinger i udgangspunktet uden det bizarre præg, der ses ved skizofreni [1-3]. Patienterne kan beskrives som »partielt psykotiske«, idet realitetstestningen kun er læderet i forhold til deres somatiske sygdomsopfattelse [3]. Pga. det hypokondre element bliver tilstanden ofte fejldiagnosticeret som somatoform [2, 3]. En vigtig forskel på de to tilstande er hypokonderens frygt for at være syg, mens patienten med hypokonderparanoia på psykotisk basis er overbevist om at fejle en ofte specifik sygdom [3]. Der er differentialdiagnostiske overvejelser i forhold til skizofreni, da klagerne ved hypokonderparanoia tidvist kan antage et mere bizart præg (**Tabel 1**). I litteraturen diskuteres, om paranoia befinder sig på et spektrum med den paranoide personlighed i den ene ende af spektret, over enkeltparanoia til paranoid skizofreni i den anden ende [1, 3]. Nogle studier har vist øget risiko for udvikling af paranoid skizofreni hos patienter med enkeltparanoia eller simpel paranoid psykose [1].

Et psykopatologisk sammenfald med somatisk be-

TABEL 1

Differentialdiagnostiske overvejelser.

Overvej psykiatrisk problemstilling

Manglende fund efter omfattende somatisk udredning
Manglende sammenhæng mellem symptomer, sygdomsfrygt og -fund
Privat sygdomsopfattelse

Overvej hypokonderparanoia

Vedvarende ønske om udredning af symptomer uforenelige med lægelig mistanke om somatisk lidelse
Konspirerende teorier og private aparte teorier om sygdomsårsag og behandling
Mistanke om psykotisk sygdomsopfattelse

kymring i obsessiv-kompulsiv tilstands-spektrret er også foreslået [4], men begrundelsen er svag.

Sygehistorien er et relevant eksempel på de diagnostiske overvejelser, man kan gøre sig hos en patient, hvor der er manglende sammenhæng mellem de oplevede gener og symptomer, negative somatiske fund samt en påfaldende eller persevererende adfærd mht. oplevelsen af at være syg. Tillige belyses en potentielt selvskadende adfærd ved risikofyldt selvbehandling, her »tarmskylning med kaffe«. Dette fænomen beskrives af *Bjerg-Hansen* som »autoterapeutisk medicinsk opfinderforrykthed« [3].

Hypokonderparanoia er en alvorlig tilstand, der uerkendt kan føre til uhensigtsmæssig og overdreven lægelig udredning og behandling, og det er vigtigt – også hos disse forpinte patienter – ikke at udstyre dem med en somatisk diagnose på et beskedent eller forkert grundlag.

Der er kasuistiske holdepunkter for, at behandling med antipsykotisk medicin har effekt på forpinthed og graden af vrangforestillinger [5].

SUMMARY

Tania Podlaska Mariager, Rikke Hilker & Raben Rosenberg:

Hypochondrical paranoia

Ugeskr Læger 2018;180:V06170467

This is a case report of hypochondrical paranoia in a young man, who was convinced of a toxic infection by fungi following mold growth exposure. The patient was admitted to a psychiatric facility, severely pained by the delusional perception of his insides being eaten by fungus. He had undergone a thorough medical examination without the discovery of any somatic irregularities and had attempted to treat himself several times. After four months of hospitalization and the prescription of antipsychotic treatment, he was in recovery. Mild delusions persisted but were no longer pathologically painful.

KORRESPONDANCE: Tania Podlaska Mariager.

E-mail: anna.tania.podlaska.mariager.01@regionh.dk

ANTAGET: 21. november 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 19. februar 2018

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

TAKSIGELSE: Tak til Jason Breaux for hjælp til det engelske summary.

LITTERATUR

1. Birkland SF. Paranoia. Ugeskr Læger 2007;169:3566-70.
2. Parnas J. Enkel paranoia. I: Mors O, Kragh-Sørensen P, Parnas J et al, red. Klinisk psykiatri. Munksgaard, 2014.
3. Hansen EB. Paranoia hypochondriaca. Rigshospitalet, Psykiatrisk Poliklinik, 1976.
4. Frare F, Perugi G, Ruffolo G et al. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. Eur Psychiatry 2004;19:292-8.
5. Ikenouchi A, Terao T, Nakamura J. A male case of monosymptomatic hypochondriacal psychosis responding to olanzapine: a case report. Pharmacopsychiatry 2004;37:240-1.