

Kliniskt kunskapsstöd

Parasitparanoia

Nationellt programområde hud och könssjukdomar

Om kunskapsstödet

Nedanstående uppgifter utgör bakgrunds- eller metadata för kunskapsstödet och visas inte alltid utåt på webbplatsen.

Vårdtyp

Primärvård och specialiserad vård.

Produktionsstatus

Granskningsrunda 1.

Ansvarigt nationellt programområde/motsvarande

NPO hud- och könssjukdomar. NAG psykodermatologi.

[NPO hud- och könssjukdomar](#) | [Kunskapsstyrning vård](#) | [SKR](#)

Förslag på diagnoskoder

Aktuella diagnoskoder ICD 10 för kunskapsstödet.

F22.0 Vanföreställningssyndrom

Omfattning av kunskapsstödet

Kunskapsstödet behandlar parazitparanoia.

Om hälsotillståndet

Definition

Parazitparanoia är ett vanföreställningssyndrom som innebär en stark övertygelse om att vara infekterad med parasiter (eller liknande organismer) utan verifierbara fynd. Vanföreställningen upplevs som en verklig kroppslig åkomma, vilket gör att patienten söker kroppslig snarare än psykiatrisk vård. Parazitparanoia är även känt som parasitofobi. [1]

Tillståndet delas in i två former:

- primär parazitparanoia, där vanföreställningen utgör det primära och isolerade symtomet
- sekundär parazitparanoia, där symtomen uppstår i koppling till annan psykiatrisk, neurologisk, medicinsk eller substansrelaterad problematik.

Förekomst

Prevalensen för parazitparanoia är svår att uppskatta, men en stor befolkningsstudie har visat 27 fall per 100 000 individer. Medelåldern vid insjuknande är cirka 53 år och merparten är kvinnor. Tillståndet är särskilt vanligt hos personer över 50 år samt hos personer som är socialt isolerade. [2,3]

Orsaker

Primär parazitparanoia

Orsaken till primär parazitparanoia är delvis oklar. Det verkar finnas en ökning av dopaminerg aktivitet i de delar av hjärnan som är inblandade i sjukdomen. Strukturella förändringar i frontal-temporal- och parietalcortex kan vara inblandade. Dessa förändringar kan leda till att sensationer i huden tolkas felaktigt. [1]. Synbarken verkar inte vara involverad i den primära formen av parazitparanoia.

Sekundär parazitparanoia

Sekundär parazitparanoia kan ha följande bakomliggande orsaker:

- schizofreni
- depression med psykotiska inslag

- demens
- Parkinsons sjukdom
- cerebrovaskulär sjukdom
- polyneuropati
- alkohol- eller kokainbruk
- vissa läkemedel som till exempel amfetaminer, L-dopa.

Risikfaktorer

Risikfaktorer för att utveckla parakitparanoia är:

- kvinnligt kön
- hög ålder
- psykiatrisk anamnes
- neurologisk samsjuklighet
- social isolering.

Utlösande faktorer

Substansbruk (särskilt dopaminhöjande droger), infektioner och klåda, kan förstärka vanföreställningen om angrepp av parakit eller annat främmande material. Huden blir torrare med åldern och det kan vara en orsak till klåda och stickningar. Även tidigare exponering för hudinfektioner eller parasiter kan kopplas till parakitparanoia. Psykogen stress och tidigare trauma har föreslagits som möjliga bidragande faktorer.

Samsjuklighet

Psykiatrisk samsjuklighet finns hos cirka 80 % av personer med parakitparanoia [1]. Det omfattar främst affektiva syndrom, psykotiska tillstånd och kroppsinriktade tvångssyndrom. Neurodegenerativa sjukdomar som demens samt vissa dermatologiska tillstånd kan också kopplas till parakitparanoia.

Sjukdomsförlopp

Obehandlat riskerar parakitparanoia att bli ett långvarigt tillstånd. Bristande sjukdomsinsikt är vanligt och försvårar relationen mellan patienten och behandlaren. Utan behandling kan tillståndet leda till omfattande självinducerade hudskador, funktionsinskränkning och negativ psykosocial påverkan.

Utredning

Symtom

En patient med parasitparanoia beskriver en upplevelse av stickningar och krypningar från parasiter i huden, slemhinnor eller i kroppen. Synrubbingar kan göra att patienten misstolkar synupplevelser som parasiter.

Patienten kan uppvisa oro över att smitta andra familjemedlemmar (infestation by proxy) och ibland förekommer vanföreställningar om att familjemedlemmar är angripna (folie a deux).

Anamnes

Personer med parasitparanoia har ofta sökt primärvård och andra specialiteter, exempelvis infektion. Patienterna har ibland hänvisats till psykiatri eller fått höra att deras problem enbart är psykologiska, vilket inte stämmer överens med patientens förklaringsmodell.

De har ofta en förklaring till smittan, till exempel dåliga sanitära förhållanden, bett från insekter under utlandsresa, promenad i gräs på okänd mark, kommit i kontakt med huvudlöss eller husdjur som smittokälla. Ibland har de med sig insamlat material eller foton.

Patienten kan uppleva att parasiterna finns i hemmiljön. Många beskriver en rädsla för att smitta andra, det leder ofta till att de isolerar sig och sysslar med kostsamma och långvariga rengöringsprocedurer av hemmet.

Fråga patienten om tidigare eller aktuell psykisk sjukdom eller substansmissbruk [3].

Var uppmärksam på risken för suicid, fråga om livslust och självmordstankar. Använd Suicidstegen och konsultera specialist i psykiatri vid behov.

Undersök hur övriga familjemedlemmar påverkas och var särskilt observant på om minderåriga barn blir indragna i beteendet.

Status

En patient med parasitparanoia uppvisar inga tecken på parasiter vid kroppslig undersökning, i insamlat material eller på uppvisade foton. Skadad hud och sårbildningar kan förekomma på grund av upprepade försök att bli av med de upplevda parasiterna genom mekanisk påverkan eller felaktig användning av hudirriterande ämnen, exempelvis genom upprepade behandlingar mot skabb.

Handläggning vid utredning

Vid första mötet är det viktigt att förhålla sig empatiskt till patientens upplevelse och skapa en bärande relation. Avsätt tid för en utförlig anamnes så att patienten får beskriva sin upplevelse utan tidspress. En noggrann undersökning av patienten är viktig även om tidigare undersökningar inte visat på några objektiva fynd.

Språket gentemot patienten bör vara enkelt och vardagligt. Det är viktigt att bekräfta patientens

lidande utan att vare sig bekräfta eller förneka patientens upplevda parasitangrepp. Det är möjligt att ge pedagogiska förklaringsmodeller, en medicinsk förklaringsmodell kan presenteras succesivt under behandlingens gång utifrån hur mottaglig patienten är.

Att patienten själv får vara delaktig i upprättande av en vård- och behandlingsplan ökar förutsättningarna för följsamhet och tillfriskande. Det kan innebära att man tillsammans bestämmer vad som blir nästa steg, till exempel om provtagning och tid för återbesök.

Ibland är det nödvändigt att samarbeta med patolog. Patienten kan ha fotograferat de upplevda parasiterna och tagit med material (så kallat specimen sign) till vården som de vill få analyserade. Materialet kan bestå av textilfiber, hudrester, hårstrån, växt- eller insektsdelar. Vid behov kan materialet skickas för mikroskopering. Hudbiopsier kan utföras om patienten är övertygad om att det finns parasiter på specifik plats i huden eller för differentialdiagnostik.

Utred andra sjukdomar inklusive synproblem.

Följande självskattningsinstrument kan användas för att få en bild av patientens mående:

- DLQI – skattningsskala av livskvalitet associerad med huden
- AUDIT, DUDIT – skattningsskala för missbruk
- HADS – skattningsskala för depression och ångest.

Diagnoskriterier

I vanföreställningssyndrom ingår följande diagnoskriterier (något modifierat från DSM-5):

- en vanföreställning med en varaktighet av en månad eller längre
- kriterier för schizofreni har aldrig varit uppfyllt
- hallucinosen kan kopplas till en känsla av att vara angripen av insekter
- funktionsförmågan är inte markant nedsatt och beteendet ter sig heller inte udda och bisarrt
- affektiva episoder har varit kortvariga jämfört med tillståndet
- vid den primära formen kan symtomen inte tillskrivas fysiologiska effekter av substanser eller andra medicinska tillstånd.

Behandling

Handläggning vid behandling

Patienten bör behandlas på psykodermatologisk enhet om möjligt.

Vid parasitparanoia sekundärt till psykisk sjukdom, till exempel vid svår depression eller schizofreni, ska grundsjukdomen utredas och åtgärdas i första hand. Det är viktigt med samverkan mellan dermatologi och psykiatri för diagnos, dosändring eller tilläggsmedicinering.

Informera patienten att behandlingstiden är minst ett år och att utvärdering sker därefter.

Följande är avgörande för goda behandlingsresultat vid parasitparanoia:

- god relation mellan vård och patient
- tidig och korrekt diagnostik
- tidig insättning av behandling
- ömsesidig behandlingsplan
- behandlingsmål med snabb återkoppling och tät uppföljning.

Läkemedelsbehandling

Behandlingen strävar mot att minska symtom som krypningar, stickningar och klåda i huden.

Behandla hudirritation med mjukgörande krämer minst två gånger dagligen. Insmörjning med mjukgörande krämer motverkar hudsymtom och kan bryta klådcirkeln och bli en positiv ersättning för att riva huden.

Neuroleptika är förstahandsval vid diagnosticerad parakitparanoia. Neuroleptika modulerar den dopaminerga överaktiviteten och har god effekt vid både primär och sekundär parakitparanoia. Risperidon och olanzapin rekommenderas i första hand då de i högre grad har effekt och leder till tillfrisknande samt har färre negativa sidoeffekter än äldre neuroleptika, som till exempel haloperidol. Prova aripiprazol vid behandlingssvikt.

Hos patienter med depression kan selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) eller serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI) användas, fluoxetin har visats ha bäst effekt [3]. Före läkemedelsbehandling rekommenderas utredning av BMI, blodfetter, blodtryck och p-glukos.

Det kan vara svårt för patienter att acceptera psykofarmaka. Den första och viktigaste delen av behandlingen är därför att bygga upp ett förtroende mellan läkare och patient. Ge information om neuroleptika och förklara att den ordinerade dosen är betydligt lägre än den vid svårare psykosjukdom.

Läkemedlets effekt

Dosen neuroleptika vid parakitparanoia är lägre än de doser som används vid andra psykosjukdomar.

Den första effekten av olanzapin är förbättrad sömn och minskad ångest, oro och rastlöshet.

Den första effekten av risperidon är minskad rastlöshet, irritation, förvirring, ångest och oro.

För båda preparaten kommer den antipsykotiska behandlingseffekten efter 1–2 veckor, full effekt nås efter 4–6 veckor. Effekten på hudsymptomen kommer efter 1–2 veckor och når maximal effekt efter sex veckor. Vid primär parakitparanoia kommer den maximala effekten efter cirka tio veckor medan den vid sekundär parakitparanoia kan komma efter tre veckor.

Serotoninreceptorer verkar ha en överaktivitet vid parakitparanoia. Både risperidon och olanzapin utövar effekt på serotoninreceptorer och är dessutom inhiberande på dopamin och

noradrenalinreceptorerna. Risperidon har en inhiberande effekt på orbitofrontala cortex dopamin (D2) och serotoninreceptorer.

Biverkningar vid behandling med neuroleptika

Inför behandling med neuroleptika eller SSRI ska patienten informeras om biverkningar. Behandling med neuroleptika kan ge biverkningar som:

- muntorrhet
- viktuppgång
- metabol påverkan.

Neuroleptika kan även ge muskelpåverkan som stelhet (extrapyramidal biverkan) även om risken är mycket liten med behandling av nyare neuroleptika [4].

Om patienten har en hjärtsjukdom, leversjukdom, dåligt näringsintag eller samtidigt behandlas med läkemedel som kan interagera med neuroleptika bör EKG tas med avseende på långt QTc-intervall.

Olanzapin kan ge viktuppgång och ha större negativa metabola effekter och än risperidon och aripiprazol [4]. Informera därför patienten om:

- kost
- motion
- munhälsa
- tandvård.

Tabell 1 Läkemedel som används för behandling av parakitparanoia (andra generationens antipsykotika) [1]

Läkemedel	Dos	Biverkningar	Kommentar
Risperidon	0,5–3 mg	Viss sedering, ökade prolaktinnivåer, viss antikolinerg effekt, måttlig viktökning.	Ökad risk för hjärt-kärlpåverkan hos patienter med demens.
Olanzapin	2,5–10 mg	Sederande, potential för betydande viktökning, risk för metabolt syndrom, risk för högre blodfetter, vanligen inte prolaktinökning om dos <20 mg, viss antikolinerg effekt, låg risk för akatisi.	Ökad risk för hjärt-kärlpåverkan hos patienter med demens.

Quetiapin	50–300 mg	Sederande, viss antikolinerg effekt, vanligtvis ingen prolaktinstegring, viktökning, låg risk för akatisi.	Ökad risk för hjärt-kärlpåverkan men sannolikt mindre än för andra SGA (andra generationens antipsykotika). Mindre risk för extrapyramidala symtom, lämpligt för patienter med Parkinsons sjukdom.
Aripiprazol (andrahandsval)	5–15 mg	Mindre viktökning eller dyslipidemi.	Ökad risk för hjärt-kärlpåverkan för patienter med demens.

Psykologisk behandling

Den psykologiska behandlingen behöver vara inkännande, pedagogisk och fokusera på symtomlindring och skademinskning under sjukdomstiden. Behandlingen fokuseras på plågsamma tankar och känslor, vilket minskar lidandet och förmedlar hopp om förbättring. Den psykologiska behandlingen ökar ofta följsamheten till farmakologisk behandling och kan vara avgörande för tillfrisknande.

Behandlingen inriktar sig på stödjande samtal som vilar på ett empatiskt, respektfullt och icke-dömande förhållningssätt där behandlaren aktivt lyssnar och bekräftar patientens upplevelser och lidande, utan att bekräfta vanföreställningen. Ofta är det inte meningsfullt att diskutera patientens förklaring till möjliga orsaker, fokusera i stället på att minska patientens lidande. När symtomen på paranoia klingar av kan patienten utveckla depressiva symtom. Om patienten inte längre nämner parasiterna är det bra att som behandlare ha en avvaktande attityd och inte påminna patienten om problemet.

Stödjande samtal kan ges hos behandlande läkare, sjuksköterska, kurator, psykolog eller annan vårdpersonal. Samtalets längd bör anpassas utifrån patientens kapacitet, ibland kan tio minuter vara tillräckligt.

Sociala aktiviteter och regelbunden användning av mjukgörande medel för huden, särskilt hos äldre patienter, är förebyggande för att utveckla klåda och oro för parasiter.

Närstående kan med fördel involveras i behandlingen, men kan också behöva stöd.

Prognos

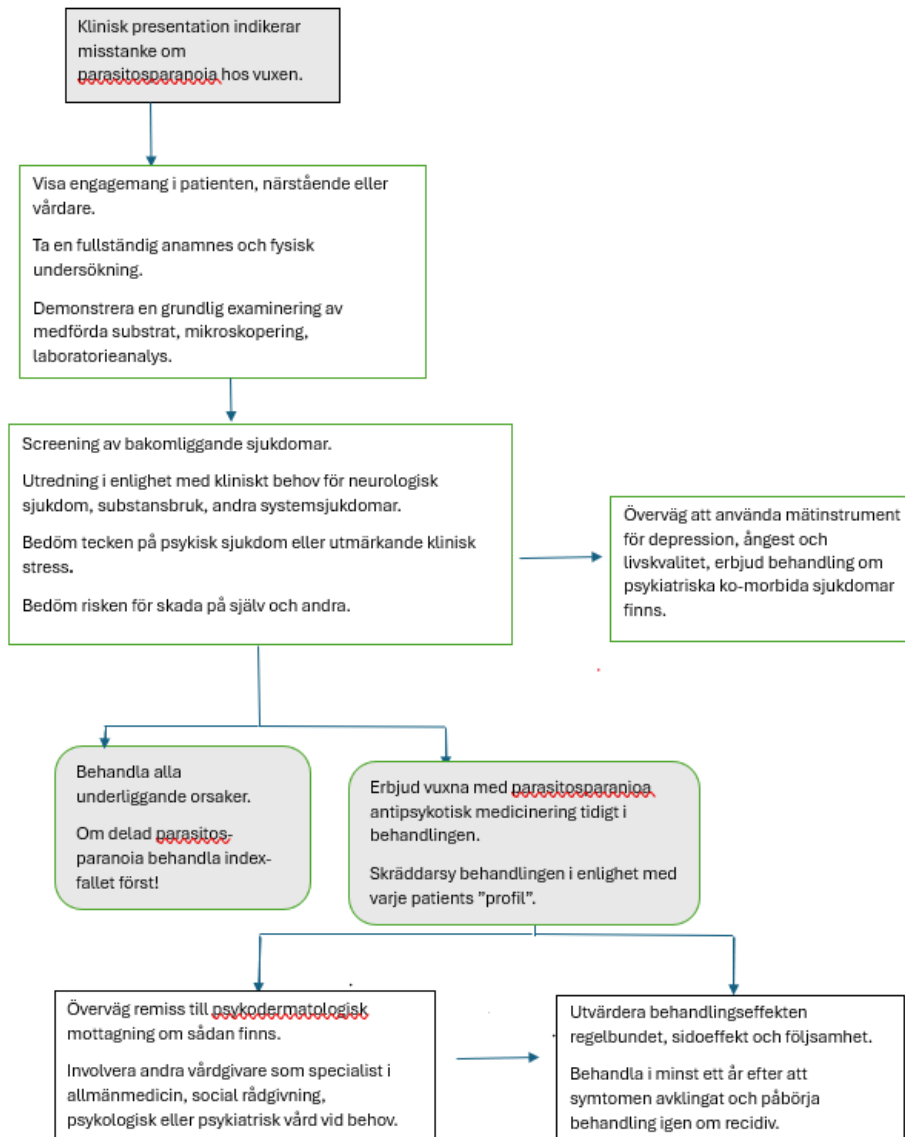
Prognosen vid parakitparanoia är god, mellan 50-70 % av patienter som fullföljer behandlingen blir botade och/eller får reducerade symtom. Avbruten behandling inom ett år leder till återfall. Yngre personer samt de med kortare sjukdomstid har en bättre prognos.

Spontant tillfrisknande är möjligt, särskilt om orsaken till sekundär parasitparanoia elimineras. Det finns ett mörkertal där man inte vet säkert om patienter ger upp försök till behandling trots kvarvarande symtom.

Uppföljning

Efter tillfrisknandet är det viktigt att erbjuda patienten en enkel väg till kontakt om patienten upplever att besvären kommer tillbaka.

Figur 1. Behandlingsväg för misstänkt parazitparanoia



Referenser

1. Ahmed A, Affleck AG, Angus J, Assalman I, Baron SE, Bewley A, Goulding JMR, Jerrom R, Lepping P, Mortimer H, Shah R, Taylor RE, Thompson AR, Mustapa MFM, Manounah L; British Association of Dermatologists' Clinical Standards Unit. British Association of Dermatologists guidelines for the management of adults with delusional infestation 2022. Br J Dermatol. 2022 Oct;187(4):472-480
2. Turk T, Liu C, Straube S, Dytoc M, Hagtvedt R, Dennett L, Abba-Aji A, Fujiwara E. The global prevalence of primary psychodermatologic disorders: a systematic review. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022 Dec;36(12):2267-2278
3. Lu JD, Gotesman RD, Varghese S, Fleming P, Lynde CW. Treatments for Primary Delusional Infestation: Systematic Review. JMIR Dermatol. 2022 Mar 30;5(1):e34323
4. McPhie ML, Kirchof MG. A systematic review of antipsychotic agents for primary delusional infestation. J Dermatolog Treat. 2022 Mar;33(2):709-721