

Schizo-obsessive disorder - case study

Zaburzenie schizo-obsesyjne - opis przypadku

Martyna Kozłowska¹ABDEF,

Karolina Iwanicka¹ABDEF,

Zuzanna Idzik¹ABDEF,

Piotr Ziemecki²AEF, <https://orcid.org/0000-0002-4753-3993>

¹Student Research Group at the I Department of Psychiatry, Psychotherapy and Early Intervention, Medical University of Lublin

²I Department of Psychiatry, Psychotherapy and Early Intervention, Medical University of Lublin

Abstract

Introduction: Schizo-obsessive disorder is a term that includes a dual diagnosis: schizophrenia and obsessive-compulsive disorder (OCD). The schizo-obsessive disorder definition was made at the end of the 19th century and is still valid today. Nowadays, the coexistence of schizophrenia with obsessive-compulsive syndromes becomes more commonly observed, therefore the recognition and number of the described cases has increased.

Material and methods: The aim of this article is to present a clinical case of a patient with a diagnostically and therapeutically difficult disorder, including the comorbidity of schizophrenia and OCD. The analysis of the clinical case and the medical records of a patient and a review of the literature including schizophrenia, OCD, and schizo-obsessive disorder, was performed.

Case study: A male patient, 20 years old, single, high school student, who lives with his family. In November 2019 a mental deterioration occurred. Simultaneously, obsessional ideas and behaviors appeared. An ambulatory treatment was introduced, however without adequate response, which was the cause of the first psychiatric hospitalization in 2020.

Discussion: Comorbidity between obsessive-compulsive disorder and schizophrenia may cause a particular problem for physicians. Without appropriate diagnosis, there is no possibility to implement proper management and treatment. Obsessive-compulsive symptoms should be treated as relatively common in patients with schizophrenia, which will prevent a mistake in the assessment of the patient's condition.

Conclusions: Due to specific character of the disease, difficulties in diagnosis and treatment, there is a special need for individual therapeutic measures. Appropriate and targeted approach to the patient may be a chance for success in therapy.

Keywords: schizophrenia, schizo-obsessive disorder, OCD, OCS

Streszczenie

Wstęp: Zaburzenie schizo-obsesyjne to termin obejmujący podwójną diagnozę, w której skład wchodzi schizofrenia oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (OCD). Definicja obejmująca współistnienie obu tych jednostek powstała już pod koniec XIX wieku i jest aktualna aż do dziś. Coraz częściej obserwuje się współwystępowanie schizofrenii z natręctwami, w związku z tym wzrosła rozpoznawalność i ilość opisanych przypadków.

Materiał i metody: Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie przypadku pacjenta z trudnym diagnostycznie i terapeutycznie zaburzeniem, obejmującym współwystępowanie schizofrenii i OCD. Dokonano analizy przypadku klinicznego i dokumentacji medycznej pacjenta oraz przeglądu literatury dotyczącej schizofrenii, OCD i zaburzenia schizoobsesyjnego.

Opis przypadku: Mężczyzna, 20-letni kawaler, uczeń szkoły średniej mieszkający z rodziną. W listopadzie 2019 roku nastąpiło pogorszenie stanu psychicznego - obniżenie nastroju z pojawieniem się myśli samobójczych, nasilenie niepokoju oraz izolowanie się. Jednocześnie pojawiły się natrętne myśli i zachowania - chodzenie na palcach, przekręcanie głowy, tiki ruchowe oraz wystąpiły głosy komentujące. Zastosowano leczenie ambulatoryjne olanzapiną i fluoksetyną, bez zadowalających efektów, co przyczyniło się do pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej w 2020 roku.

Dyskusja: Współwystępowanie schizofrenii i OCD może stwarzać szczególny problem diagnostyczny dla lekarzy. Bez odpowiedniego rozpoznania, nie będzie możliwe wdrożenie właściwego postępowania i leczenia. Należy traktować objawy obsesyjno-kompulsywne, jako relatywnie częste u pacjentów ze schizofrenią, co zapobiegnie zaistnieniu błędów w ocenie stanu pacjenta.

Wnioski: W związku z dużą specyfiką tego schorzenia, trudnościami w diagnozie i leczeniu, występuje szczególna potrzeba indywidualnego postępowania terapeutycznego. Właściwe, ukierunkowane podejście do chorego może okazać się szansą na powodzenie w terapii.

Słowa kluczowe: schizofrenia, zaburzenie schizo-obsesyjne, OCD, OCS

Introduction

Schizo-obsessive disorder is a term that includes a dual diagnosis: schizophrenia and obsessive-compulsive disorder (OCD). The schizo-obsessive disorder definition was made at the end of the 19th century and is still valid today. Nowadays, the coexistence of schizophrenia with obsessive-compulsive syndromes becomes more commonly observed, therefore the recognition and number of the described cases has increased.

The term "schizo-obsessive disorder" was coined by Hwang and Opler in 1994 and includes a dual diagnosis: schizophrenia and obsessive-compulsive disorder (OCD) or obsessive-compulsive symptoms (OCS) [1]. This definition, involving the coexistence of these two disease units or symptoms in a patient - OCD/OCS and schizophrenia, is still valid today. The clinical picture of schizoobsessive disorder consists of symptoms of schizophrenia accompanied by more or less severe symptoms of OCD: obsessions - intrusive, recurrent thoughts and compulsions - intrusive activities.

The association between OCD and psychotic disorders has been noted for over a century. The first reports of co-occurrence of OCD with psychotic symptoms appeared in the late 19th century. They were initially suggested in his work by Legrand du Saulle in 1875, and described by Westphal in 1878. OCS was originally thought to occur in only 1.1-3.5% of patients with schizophrenia [2, 3]. Since then, the coexistence of schizophrenia with obsessive-compulsive disorder has been increasingly observed in patients, and the recognition and number of described cases has increased.

Several studies have assessed the prevalence of OCS / OCD among patients with schizophrenia. Based on epidemiological studies, it is estimated that OCD occurs in 12% of patients with schizophrenia [4], while schizophrenia accounts for almost 1% in the general population, OCD- 1-2% [5]. The risk of OCD in a patient with psychotic symptoms is only 1.7% [6].

The mechanism of OCD or OCS in schizophrenia is still unknown. Increasing interest in this phenomenon has generated many attempts to explain the co-occurrence of

the two disorders. One of the proposed hypotheses is that the first disorder may be a risk factor for the second, in that obsessive-compulsive phenomena may precede psychotic phenomena and vice versa. Studies in Sweden and Denmark suggest that the presence of OCD is associated with a 12-fold increased risk of schizophrenia comorbidity and that previously diagnosed OCD is a significant risk factor for the development of schizophrenia later in life at 6.9%. Conversely, patients with the first episode of schizophrenia have a 7-fold higher risk of later diagnosis of OCD compared to those without schizophrenia [7, 8]. Another hypothesis claims a common risk factor for both disorders, which finds its origin in similar structural dysfunction of the thalamus and hippocampus [9, 10].

De novo OCD has also been described during treatment with atypical antipsychotics, raising the possibility that some of the described associations of OCS/OCD with schizophrenia may be drug-induced.

In order to diagnose schizoobsessive disorder, the patient should be diagnosed with concurrent OCS/OCD and schizophrenia based on the ICD-10 classification. One of the difficulties encountered is to distinguish whether the patient with schizophrenia actually represents obsessive-compulsive symptoms or whether they are delusions or hallucinations. The patient with OCD is aware of his illness and finds the obsessions and compulsions as unwanted and bothersome. Despite internal opposition, these thoughts are still a product of the patient's own mind and he recognizes them as his own. A particular diagnostic problem may be posed by obsessive patients with poor insight, which may be misdiagnosed as delusions. This is a very important step in evaluating the patient, as the patient's prognosis and treatment will depend on it.

The presence of OCD or OCS in schizophrenia, clinically, is associated with a more severe form of the illness. This is manifested by decreased cognitive functioning, more severe positive and negative symptoms, elevated levels of depression, decreased social functioning and higher rates of hospitalization, and a decreased long-term prognosis in schizophrenia with OCS compared to schizophrenia without OCS [7, 11].

Case report

A 20-year-old patient, single, childless, high school student, lives with family. Nicotine addict, confirms occasional alcohol and marijuana use. Family history without psychiatric burden.

In November 2019, the patient's mental status was deteriorating. Decreased mood with suicidal thoughts, increased anxiety and isolation were present. He spent most of his time in bed and neglected school activities. The patient was accompanied by intrusive thoughts and behaviors in the nature of intrusive activities - walking on tiptoe and turning his head, motor tics were present. There were hallucinatory voices commenting.

Since December 2019, the patient was in ambulatory treatment with olanzapine and fluoxetine, but with no satisfactory results, which was the reason for the first psychiatric hospitalization in August 2020.

On the day of admission, the patient was correctly oriented auto- and allopsychically, in equilibrated mood and psychomotor drive. Logical verbal contact was preserved. He did not present behavioral disturbances and did not spontaneously utter delusional contents, but acknowledged the presence of commenting voices. Using the MINI scale, with a score of 0, he was found to be at low risk for suicide.

During the initial period of hospitalization, the patient had the following psychotic experiences: imperative commenting voices, unveiling thoughts, and pseudo hallucinations. The patient was in moderate psychomotor distress and ambivalent about the need for hospitalization. He reported the presence of intrusive thoughts and compulsive behaviors. Non-modulated affect was noted - significantly reduced emotional expressions observed. The patient periodically behaved in a bizarre, maladaptive manner. He spoke aggressively to his mother.

Neurological consultation confirmed tics in the head, of which blinking was the most severe, as well as in the upper and lower extremities. Otherwise, no abnormalities on neurological examination. Magnetic resonance imaging of the head without focal changes. EEG examination showed abnormalities, including: generalized changes in the form of groups of delta-theta waves and few, usually abortive paroxysmal discharges of irregular slow waves with low voltage spikes, in addition, basal function was found to be slowed down to a slight degree, mainly over the frontal brain area. The neurologist recommended periodic neurological and EEG follow-up. Psychological testing revealed that the general intelligence quotient is at the level of borderline intellectual disability.

During hospitalization the patient received clozapine and risperidone, and non-pharmacological interventions such as psychoeducation, individual psychotherapy, art therapy and culinary training were

also applied. Modification of the current therapy resulted in a partial improvement of mental status in the form of reduction of anxiety and obsessions, reduction of intensity of manufacturing symptoms, intensity of pseudo hallucinations and change of their content to friendly. A decrease in body weight was also noted, most likely related to the patient's compliance with dietary recommendations.

On the day of discharge, the patient was correctly oriented, in clear consciousness, without behavioral disturbances, and did not spontaneously express delusional contents. Partial morbid insight was obtained. A narrowly modulated affect was noted. The patient's drive and mood were equalized. The patient denied suicidal and auto-aggressive thoughts and tendencies.

The patient was discharged at his own request before completion of the therapeutic process.

Discussion

Based on the patient's significant negative affective and cognitive symptoms of schizophrenia and obsessive-compulsive symptoms, a diagnosis of schizoaffective disorder was decided upon. In the case of this patient, an individual approach and treatment were properly applied, which was based on pharmacological as well as non-pharmacological methods. With this management - a combination of clozapine and risperidone and therapy, the patient achieved improvement in obsessive and delusional symptoms. The patient discharged at his own request before completing the therapeutic process, and therefore, it is unknown whether better therapeutic outcomes would not have been achieved. Proper treatment of schizoaffective disorder, or mixed disorder, requires correct diagnosis, which is problematic. It is fundamental to correctly differentiate between schizophrenia with OCD and schizophrenia without OCD.

Physicians should treat obsessive-compulsive symptoms as relatively common in patients with schizophrenia, which will be associated with better diagnosis of this group of patients. Due to the high specificity of this disorder, difficulties in diagnosis and treatment, in this group of patients, there is a particular need for an individual and targeted therapeutic approach.

The symptom distinguishing schizoaffective disorder from schizophrenia without OCD may be cognitive inflexibility [1], i.e. the inability to change perspective, think creatively, perform several activities at once.

Moreover, schizoaffective patients score higher on the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) and Global Assessment of Functioning (GAF) compared to patients with schizophrenia only [12], so despite the obsessions and compulsions they

show better individual functioning. They have less severe negative symptoms according to the Positive and Negative Symptom Scale (PANSS)-related to the reduction of mental activities, such as emotional withdrawal, compared to people with schizophrenia without OCD [12].

Studies suggest that there are no significant clinical differences in soft neurological symptoms between patients with schizophrenia and OCD and patients with schizophrenia without OCD [13].

It is also worth comparing these two disease units with obsessive-compulsive disorders not associated with schizophrenia.

The patient with OCD is aware of his compulsions - he may not admit to them, deny and hide them, but he is critical of his rituals. In contrast, a patient with schizophrenia may dissimulate symptoms without any control over them or criticality [14]. Lack of insight and criticism is the difference between obsessions and delusions/hallucinations - important for differentiation.

In OCD, obsessions precede compulsions in a repetitive and collective way, and may be part of a ritual [14]. Patients with OCD may be ashamed of these, sometimes very complex rituals - such a situation occurs

in people whose OCD symptoms are in conflict with personality traits. In individuals with ego-syntonic OCD symptoms, they provide a sense of uniqueness and may be readily presented. In this group of patients, they are sometimes misclassified as psychotic symptoms [14].

Conclusions

Patients suffering from both schizophrenia and severe forms of OCD, as well as both diseases at the same time, represent a challenge for physicians, due to problems with differentiation of disorders, making the right diagnosis, treatment not bringing the desired results, or unfavorable prognosis. Diagnosing and treating schizophrenia with OCD is extremely difficult for many reasons, although it is possible - thanks to careful analysis of a given case and individual approach to the patient, mobilization and modification of treatment - as in the case of our patient. The aim of our work is to encourage the exploration of the subject of this atypical disease entity, and also to raise awareness that a proper, targeted approach to the patient may prove to be a chance for success in therapy.

Wstęp

Termin „zaburzenie schizo-obsesyjne” został wymyślony przez Hwanga i Oplera w 1994 i obejmuje podwójną diagnozę, w której skład wchodzi schizofrenia oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (OCD) lub objawy obsesyjno-kompulsywne (OCS) [1].

Definicja ta obejmująca współistnienie tych dwóch jednostek chorobowych lub objawów u pacjenta - OCD/OCS i schizofrenii jest aktualna do dziś. Na obraz kliniczny zaburzenia schizoobsesyjnego składają się objawy schizofrenii, którym towarzyszą mniej lub bardziej nasilone objawy OCD: obsesje, czyli natrętne, nawracające myśli oraz kompulsje - natrętne czynności.

Związek między OCD a zaburzeniami psychiatrycznymi jest zauważalny od ponad stu lat. Pierwsze doniesienia o współwystępowaniu OCD z objawami psychiatrycznymi pojawiły się pod koniec 19 wieku. Początkowo zasugerowane zostały w swojej pracy przez Legrand du Saulle'a w 1875, a w 1878 roku opisał je Westphal. Pierwotnie sądzono, że OCS występuje u tylko 1,1-3,5% pacjentów ze schizofrenią [2, 3]. Od tego czasu współistnienie schizofrenii z natręctwami jest coraz częściej obserwowane u pacjentów, a w związku z tym wzrosła rozpoznawalność oraz ilość opisanych przypadków.

W wielu badaniach oceniano częstość występowania OCS / OCD wśród pacjentów ze schizofrenią. Na podstawie

badania epidemiologicznych szacuje się, że OCD występuje u 12% pacjentów ze schizofrenią [4], podczas gdy schizofrenia stanowi prawie 1% w populacji ogólnej, z kolei OCD- 1-2% [5]. Ryzyko wystąpienia OCD u pacjenta z objawami psychiatrycznymi wynosi zaledwie 1,7% [6].

Mechanizm leżący u podstaw rozwoju OCD lub OCS w schizofrenii jest wciąż nieznany. Coraz większe zainteresowanie tym zjawiskiem zrodziło wiele prób wyjaśnień współwystępowania obu tych zaburzeń. Jedną z proponowanych hipotez jest sytuacja, gdzie pierwsze zaburzenie może być czynnikiem ryzyka dla drugiego, w tym zjawiska obsesyjno-kompulsywne mogą poprzedzać zjawiska psychiatryczne i na odwrót. Badania przeprowadzone w Szwecji i Danii wskazują, że obecność OCD jest powiązana z 12-krotnym wzrostem ryzyka współwystępowania schizofrenii oraz, że wcześniej rozpoznane OCD jest istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju schizofrenii w późniejszym okresie życia i wynosi 6,9%. Odwrotnie, u pacjentów z pierwszym epizodem schizofrenii ryzyko późniejszego rozpoznania OCD jest 7-krotnie wyższe w porównaniu z osobami bez schizofrenii [7, 8]. Kolejna hipoteza mówi o wspólnym czynnikiem ryzyka dla obu schorzeń, który znajduje swoje źródło w podobnej dysfunkcji strukturalnej wzgórza i hipokampa [9, 10].

Opisano również występowanie OCD de novo podczas leczenia atypowymi lekami przeciwpsychotycznymi,

co nasuwa prawdopodobieństwo, że część opisywanych związków OCS / OCD ze schizofrenią może być wywołana polekowo.

W celu rozpoznania zaburzenia schizoobsesyjnego należy stwierdzić u pacjenta jednocześnie współwystępowanie OCS/OCD oraz schizofrenii bazując na klasyfikacji ICD-10. Jedną z napotykanymi trudnościami jest rozróżnienie, czy pacjent ze schizofrenią faktycznie reprezentuje objawy obsesyjno-kompulsywne, czy są to urojenia lub halucynacje. Pacjent z OCD jest świadomy swojej choroby, a obsesje i kompulsje postrzega, jako niepożądane i uciążliwe. Mimo wewnętrznego sprzeciwu, myśli te są wciąż wytworem własnym umysłu i chory uznaje je za własne. Szczególny problem diagnostyczny mogą stwarzać pacjenci przejawiający obsesje ze słabym wglądem, co może zostać mylnie zdiagnozowane, jako urojenia. Jest to bardzo istotny etap w ocenie pacjenta, gdyż od tego będzie zależeć jego rokowanie oraz leczenie.

Obecność OCD lub OCS w schizofrenii, klinicznie, wiąże się z bardziej nasiloną postacią choroby. Objawia się to gorszym funkcjonowaniem poznawczym, cięższymi objawami pozytywnymi i negatywnymi, podwyższonym poziomem depresji, gorszym funkcjonowaniem społecznym i wyższymi wskaźnikami hospitalizacji oraz gorszym rokowaniem długookresowym w schizofrenii z OCS w porównaniu ze schizofrenią bez OCS [7, 11].

Opis przypadku

20-letni pacjent, kawaler, bezdzietny, uczeń szkoły średniej, mieszka z rodziną. Uzależniony od nikotyny, potwierdza sporadyczne używanie alkoholu i marihuany. Wywiad rodzinny bez obciążenia psychiatrycznych.

W listopadzie 2019 roku nastąpiło pogorszenie stanu psychicznego pacjenta. Obecny był obniżony nastrój z występowaniem myśli samobójczych, nasilony niepokój, izolowanie się. Większość czasu spędzał w łóżku, zaniedbał zajęcia szkolne. Choremu towarzyszyły natrętne myśli, a także zachowania o charakterze natrętnych czynności - chodzenie na palcach i przekręcanie głowy, obecne były tiki ruchowe. Pojawiły się głosy komentujące. Od grudnia 2019 roku pacjent był leczony ambulatoryjnie olanzapiną i fluoksetyną, jednak nie przyniosło to zadowalających efektów, co było przyczyną pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej w sierpniu 2020 roku.

W dniu przyjęcia na oddział pacjent był prawidłowo zorientowany auto- i allopsychicznie, w wyrównanym nastroju i napędzie psychoruchowym. Zachowany był logiczny kontakt słowny. Nie prezentował zaburzeń zachowania i nie wypowiadał spontanicznie treści urojeniowych, ale potwierdzał obecność głosów komentujących. Za pomocą skali MINI, w której uzyskano 0 punktów, stwierdzono niskie ryzyko samobójstwa.

W początkowym okresie hospitalizacji pacjentowi

towarzyszyły następujące przeżycia psychotyczne: głosy komentujące o charakterze imperatywnym, odsłonięcie myśli oraz pseudohalucynacje. Pacjent był w umiarkowanym niepokojem psychoruchowym, ambiwalentny wobec potrzeby hospitalizacji. Zgłaszał obecność natrętnych myśli i zachowań kompulsywnych. Stwierdzono afekt błady niemodulowany - znacznie zredukowaną ekspresję emocjonalną. Pacjent okresowo zachowywał się dziwacznie, w sposób niedostosowany. Wypowiadał się agresywnie pod adresem matki.

Konsultacja neurologiczna potwierdziła tiki w obrębie głowy, z których mruganie było najbardziej nasilone, a także kończyn górnych i dolnych. Poza tym brak odchyłań w badaniu neurologicznym. Badanie rezonansu magnetycznego głowy bez zmian ogniskowych. Badanie EEG wykazało nieprawidłowości, między innymi: zmiany uogólnione w postaci grup fal delta-theta i nielicznych, zwykle poronnych wyładowań napadowych nieregularnych fal wolnych z niskonapięciowymi iglicami, ponadto stwierdzono, że czynność podstawowa jest zwolniona w stopniu lekkim, głównie nad przednim obszarem mózgu. Neurolog zalecił okresową kontrolę neurologiczną i EEG. Badania psychologiczne wykazały, że ogólny iloraz inteligencji kształtuje się na poziomie pogranicza niepełnosprawności intelektualnej.

W czasie hospitalizacji pacjent otrzymywał klozapinę oraz risperidon, stosowano również oddziaływania pozafarmakologiczne, takie jak psychoedukacja, psychoterapia indywidualna, arteterapia, a także trening kulinarny. Modyfikacja dotychczasowej terapii pozwoliła na uzyskanie częściowej poprawy stanu psychicznego pod postacią redukcji niepokoju i natręctw, zmniejszenia nasilenia objawów wytwórczych, natężenia pseudohalucynacji i zmianę ich treści na przyjazne. Odnotowano ponadto spadek masy ciała, najpewniej związany z przestrzeganiem zaleceń dietetycznych przez pacjenta.

W dniu wypisu pacjent był prawidłowo zorientowany, w jasnej świadomości, bez zaburzeń zachowania, nie wypowiadał spontanicznie treści urojeniowych. Uzyskano częściowy wgląd chorobowy. Stwierdzono afekt modulowany w wąskim zakresie. Napęd i nastrój pacjenta zostały wyrównane. Pacjent negował myśli i tendencje samobójcze oraz autoagresywne.

Pacjent został wypisany na własne żądanie przed ukończeniem procesu terapeutycznego.

Dyskusja

Na podstawie istotnych negatywnych, afektywnych i poznawczych objawów schizofrenii u pacjenta oraz objawów obsesyjno-kompulsyjnych zdecydowano się na postawienie diagnozy zaburzenia schizoobsesyjnego. W przypadku tego pacjenta właściwie zastosowano

indywidualne podejście oraz leczenie, które opierało się na metodach farmakologicznych, jak i pozafarmakologicznych. Dzięki takiemu postępowaniu - skomarzeniu klozapiny i risperidonu oraz terapii, pacjent uzyskał poprawę w zakresie objawów obsesyjnych i urojeniowych. Pacjent wypisał się na własne żądanie przed ukończeniem procesu terapeutycznego, w związku z tym nie wiadomo czy nie udało by się osiągnąć lepszych wyników terapii. Właściwe leczenie zaburzenia schizo-obsesyjnego, czyli mieszanego, wymaga prawidłowej diagnostyki, która może być problematyczna. Kluczowe jest prawidłowe różnicowanie schizofrenii z OCD i schizofrenii bez OCD. Lekarze powinni traktować objawy obsesyjno-kompulsyjne, jako relatywnie częste u pacjentów z schizofrenią, co będzie wiązało się z lepszym diagnozowaniem tej grupy chorych. W związku z dużą specyfiką tego schorzenia, trudnościami w diagnozie i leczeniu, w tej grupie pacjentów występuje szczególna potrzeba indywidualnego i ukierunkowanego podejścia terapeutycznego.

Objawem odróżniającym zaburzenie schizo-obsesyjne od schizofrenii bez OCD może być nieelastyczność poznawcza [1], czyli brak możliwości zmiany perspektywy, kreatywnego myślenia, wykonywania kilku czynności naraz.

Ponadto, pacjenci schizo-obsesyjni uzyskują wyższe wyniki w skali pomiaru nasilenia obsesji i kompulsji Yale-Brown (Y-BOCS) i globalnej ocenie funkcjonowania (GAF) w porównaniu z pacjentami chorymi jedynie na schizofrenię [12], zatem, mimo obsesji i kompulsji, wykazują lepsze funkcjonowanie indywidualne. Występują u nich mniej nasilone objawy negatywne według skali oceny objawów pozytywnych i negatywnych (PANSS)-związane z ograniczeniem czynności psychicznych, np. wycofanie emocjonalne, w porównaniu z osobami chorującymi na schizofrenię bez OCD [12].

Badania sugerują, że nie ma istotnych różnic klinicznych w miękkich objawach neurologicznych między pacjentami ze schizofrenią i OCD, a pacjentami ze schizofrenią bez OCD [13].

Warto również porównać obie te jednostki chorobowe z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi nietowarzyszającymi schizofrenii.

Chory na OCD ma świadomość kompulsji - może się do nich nie przyznawać, wypierać je i ukrywać, lecz zachowuje krytycyzm co do swoich rytuałów. Z kolei chory na schizofrenię może dyssymulować objawy, nie mając żadnej kontroli nad nimi ani krytycyzmu [14]. Brak wglądu i krytycyzmu to różnica pomiędzy obsesjami a urojeniami/omamami - istotna przy różnicowaniu.

W OCD natręctwa w sposób powtarzalny i zborny poprzedzają kompulsje, mogą stanowić część rytuału [14]. Chorzy z OCD mogą wstydić się tych, niekiedy bardzo

rozbudowanych rytuałów - taka sytuacja ma miejsce u osób u których objawy OCD pozostają w konflikcie z cechami osobowości. U osób z objawami OCD ego-syntonicznymi, dają one poczucie wyjątkowości i mogą być chętnie prezentowane. W tej grupie pacjentów niekiedy błędnie kwalifikuje się je jako objawy psychotyczne [14].

Wnioski

Zarówno chorzy cierpiący na schizofrenię, jak i ciężkie formy OCD, a także na obie jednostki chorobowe jednocześnie, stanowią wyzwanie dla lekarzy, co spowodowane jest problemami z różnicowaniem schorzeń, postawieniem właściwej diagnozy, leczeniem nieprzynoszącym pożądanych efektów, czy niekorzystnym rokowaniem. Diagnozowanie i leczenie schizofrenii z OCD jest wyjątkowo trudne z wielu powodów, aczkolwiek możliwe - dzięki dokładnej analizie danego przypadku i indywidualnemu podejściu do pacjenta, mobilizacji i modyfikacjom leczenia - jak w przypadku naszego pacjenta. Celem naszej pracy jest zachęcenie do zgłębienia tematu tej nietypowej jednostki chorobowej, a także uświadomienie, że właściwe, ukierunkowane podejście do chorego może okazać się szansą na powodzenie w terapii.

Conflict of interest

The authors have declared no conflict of interest.

References:

1. Patel DD, Laws KR, Padhi A, et al. The neuropsychology of the schizo-obsessive subtype of schizophrenia: a new analysis. *Psychol Med.* 2010;40(6):921-933.
2. Berríos G. E. Obsessive-compulsive disorder: Its conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive Psychiatry*, 30(4), 283-295.
3. Tezenas du Montcel C, Pelissolo A, Schürhoff F, Pignon B. Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia: an Up-To-Date Review of Literature. *Curr Psychiatry Rep.*, 2019; 21(8):64.
4. Frías Á, Palma C, Farriols N, Becerra C, Álvarez A, Cañete J. Neuropsychological profile and treatment-related features among patients with comorbidity between schizophrenia spectrum disorder and obsessive-compulsive disorder: is there evidence for a "schizo-obsessive" subtype?. *Psychiatry Res.* 2014;220(3):846-854.
5. Murphy DL, Timpano KR, Wheaton MG, Greenberg BD, Miguel EC. Obsessive-compulsive disorder and its related disorders: a reappraisal of obsessive-compulsive spectrum concepts. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12(2):131-148.
6. de Haan L, Dudek-Hodge C, Verhoeven Y, Denys D. Prevalence of psychotic disorders in patients

- with obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr.* 2009;14(8):415-417.
7. Cederlöf M, Lichtenstein P, Larsson H, et al. Obsessive-Compulsive Disorder, Psychosis, and Bipolarity: A Longitudinal Cohort and Multigenerational Family Study. *Schizophr Bull.* 2015;41(5):1076-1083.
 8. Meier SM, Petersen L, Pedersen MG, et al. Obsessive-compulsive disorder as a risk factor for schizophrenia: a nationwide study. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(11):1215-1221.
 9. Kang DH, Kim SH, Kim CW, et al. Thalamus surface shape deformity in obsessive-compulsive disorder and schizophrenia. *Neuroreport.* 2008;19(6):609-613.
 10. Kwon JS, Shin YW, Kim CW, et al. Similarity and disparity of obsessive-compulsive disorder and schizophrenia in MR volumetric abnormalities of the hippocampus-amygdala complex. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2003;74(7):962-964.
 11. Adamowski T, Ledzińska S., Kiejna A. Spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych – nowa kategoria diagnostyczna?, *Adv Clin Exp Med*, 2005; 14(2): 369–373.
 12. Tibbo P, Kroetsch M, Chue P, Warneke L. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *J Psychiatr Res.* 2000;34(2):139-146.
 13. Sevincok L, Akoglu A, Topaloglu B, Arslantas H. Neurological soft signs in schizophrenic patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2004;58(3):274-279.
 14. Żerdziński M., Płader A. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i schizofrenia: różnicowanie, współwystępowanie, leczenie. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2004; 13 (3): 263-276

Corresponding author

Piotr Ziemecki
I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej
Interwencji, Uniwersytet Medyczny Lublinie
piotr.ziemecki@gmail.com

Otrzymano: 19.04.2022

Zrecenzowano: 22.04.2022

Przyjęto do druku: 06.06.2022