

A szkizoobszesszív zavarról két betegünk kapcsán

Csulak Timea dr.^{id} ■ Tényi Tamás dr. ■ Herold Róbert dr.

Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

Tanulmányunkban két, a DSM-5 szerinti kritériumok alapján szkizofréniának és kényszerbetegségnek megfelelő esetet mutatunk be. A kényszeres tünetek mindkét betegnél megelőzték a pszichotikus tünetek kialakulását, és befolyásolták a terápiás választ. A patofiziológiai kutatások alapján feltételezhető, hogy a szkizofrénia esetében külön altípusként tekinthetünk a szkizoobszesszív zavarra. A megfelelő diagnózisalkotás és -differentiálás kulcsfontosságú, mivel mind a tünetek értelmezése, mind a terápiás válasz megítélése jelentősen eltérhet. Orv Hetil. 2025; 166(42): 1675–1680.

Kulcsszavak: pszichózis, szkizoobszesszív zavar, komorbiditás, kényszerbetegség

Schizo-obsessive disorder and report of two cases

In our study, we present two cases of schizophrenia and obsessive-compulsive disorder according to DSM-5 criteria. In both patients, obsessive-compulsive symptoms preceded the onset of psychotic symptoms and influenced the therapeutic response. Pathophysiological research suggests that in the case of schizophrenia, we can consider schizo-obsessive-compulsive disorder as a separate subtype. Proper diagnosis and differentiation is crucial, as both the interpretation of symptoms and the therapeutic response may differ significantly.

Keywords: psychosis, schizo-obsessive disorder, comorbidity, obsessive-compulsive disorder

Csulak T, Tényi T, Herold R. [Schizo-obsessive disorder and report of two cases]. Orv Hetil. 2025; 166(42): 1675–1680.

(Beérkezett: 2025. június 30.; elfogadva: 2025. július 16.)

Rövidítések

COVID = (coronavirus disease) koronavírus-betegség; CT = (computed tomography) komputertomográfia; DSM-5 = (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, 5. kiadás; EEG = elektroencefalográfia; FIKP = Felsőoktatási Intézményi Kiválósági Program; MR = mágneses rezonancia; SNP = (single-nucleotide polymorphism) egy nukleotidot érintő polimorfizmus; SSRI = (selective serotonin-reuptake inhibitor) szelektív szerotonin-visszavétel-gátló; TINL = Transzlációs Idegtudományi Nemzeti Laboratórium

A pszichiátriai tanulmányok régóta vizsgálják a kényszeres és a pszichotikus tünetek kapcsolatát. *Bleuler* már 1911-ben leírta, hogy egyes krónikus kényszerszorongással kezelt betegek szkizofréniában szenvednek [1]. *Freud* 1918-ban megjelent „A »Farkasember« *című tanulmányában „kényszerneurózissal” kezelt páciensét később homo-*

erotikus tematikájú áttételes pszichózis kapcsán kezelték [2]. *Rosen és mtsai* 1957-ben a pszichózis prekurzoraként tekintettek a kényszeres tünetekre [3]. 1986-ban *Insel és Akiskal* hívta fel a figyelmet arra, hogy a kényszeres tünetekkel élő páciens elveszítheti realitáskontrollját, míg a pszichotikus betegek pszichotikus tünetei válhatnak ismétlődővé, idegenül gondolatba törővé [4].

A mindennapi klinikai gyakorlatban nagy kihívást jelenthet a kényszeres zavar és a szkizofrénia diagnosztikája az átfedő klinikai jellemzők miatt, mivel mindkét betegségcsoportban jelentkezhetnek betörő jellegű, kontrollálatlan gondolatok, amelyek ismétlődő viselkedéseket indukálhatnak. Lényeges mindkét betegség megfelelő azonosítása, például a szkizofréniával élő páciensek halálozási rizikója hazánkban kb. 2,4-szeres a kontrollcsoportéhoz képest [5]; a kényszeres zavarral élő betegek életminősége jelentősen csökkenhet az átlagpopulációhoz hasonlítva [6]. Fontos a szkizofrénia esetében a különböző komorbid betegségek diagnosztizálása

[7], így a kényszeres zavar és a szkizofrénia együttes fennállásának azonosítása is, mivel bármelyik tünetegyüttes megjelenhet másodlagosan a másik tünetegyüttes következményeként (például szokatlan szenzoros élmény okozta kifejezett szorongás; téveszmés tartalmak ismétlődővé válnak; kényszer gondolat válik téveszmés tartalommal).

Kimutatták, hogy a szkizofréniával élő betegek nagy kockázattal rendelkeznek a komorbid kényszeres tünetek tekintetében, amely a 25%-ot is elérheti; illetve a betegek 12%-a teljesíti a kényszeres zavar diagnózisát, míg az átlagpopulációban a kényszeres zavar prevalenciája 2%-nál kisebb [8]. Ezzel szemben az elsődlegesen kényszeres zavarral élő betegek rizikója komorbid pszichotikus tünetek kifejlődésére kisebb (1,7%) [9]. Szkizotip rendellenességgel élő betegek esetében szintén nagyobb prevalencia figyelhető meg a kényszeres tünetek és zavar tekintetében – egyes kutatások alapján elérheti akár a kb. 50%-ot [10] –, emellett leírták, hogy a szkizotip tünetek befolyásolhatják a kényszeres zavar kezelési kimenetelét [11].

Javasolták a szkizoobszesszív zavar kifejezés használatát azokra a betegekre, akiknél mind a szkizofrénia, mind a kényszeres zavar diagnózisa teljesül [12, 13]. Bár korai koncepciók alapján a pszichotikus betegek esetében a kényszeres tünetek csökkentik a pszichotikus tüneteket, egyfajta protektív hatásként, kompenzáló mechanizmusként vannak jelen a dezorganizáltsággal szemben [3, 14], későbbi kutatások kimutatták, hogy a kényszeres tünetek jelenlétében súlyosabbak a pszichotikus tünetek, időnként terápiára rezisztensek [15], illetve a betegeknél a funkcionális károsodás is kifejezettebb [16, 17]. Egy 67 tanulmányt bevonó, kb. 8000 beteget vizsgáló metaanalízis leírta, hogy a kényszeres tünetek enyhe befolyásoló tényezőként hatnak a pszichotikus tünetek súlyosságára. Emellett igazolták, hogy minél nagyobb az antipszichotikus kezelés nélküli betegek aránya, annál kisebb a különbség a pozitív pszichotikus tünetek súlyosságában a kényszeres tünetekkel rendelkező és a kényszeres tünetek nélküli betegek között; vagyis gyógyszermentes állapot esetén a betegek tüneteinek súlyosságában kisebb a különbség a két csoport között. Ez alapján feltehető, hogy a szkizoobszesszív zavarral élő betegek esetleg nem érik el a tünetek teljes remisszióját, vagy több időre van szükségük a stabilizálódáshoz – ami felhívja a figyelmet a többszörös, szükségtelen antipszichotikum-váltásokra vagy kezelési kísérletekre [18].

A kényszeres tünetek jelentkezése időben is különbözhet: megjelenhetnek a pszichózis kialakulása előtt, a prodroma részeként [19], a pszichózis manifesztációjával párhuzamosan, az első epizódot követően; krónikus lefolyás részeként vagy *de novo* tünetként antipszichotikus terápia megkezdése után [20, 21].

Szkizoobszesszív zavarral élő betegek esetében leírtak specifikus neurokognitív deficitet [16, 21]; emellett kimutatták a szorongás, a depresszió magasabb szintjét [17, 21, 22]; a gyakoribb szuicid magatartást [22, 23];

a nagyobb számú hospitalizációt [24]; a gyengébb szociális funkcionalitást [17, 21]; összességében a kevésbé kedvező prognózist.

A szkizoobszesszív zavar létezésének valószínűségét szintén megerősítik a közös patofiziológiai eltéréseket demonstráló vizsgálatok, bár ezek megismételhetőségének megerősítése szükséges lenne. Genetikai vizsgálatok demonstráltak közös genetikai etiológiai faktorokat is. Kimutatták, hogy a szkizofrénia fokozott kockázatával összefüggő variánsok a kényszerbetegség kockázatát is növelik [25], illetve egy vizsgálat eredménye alapján négy lókuszon ugyanazok az oksági variánsok voltak a kényszerbetegség és a szkizofrénia esetében [26]. Egy bioinformatikai elemzés 89 közös gént írt le a két betegség kapcsán, ami megerősíti a közös patogenezisüket [27]. *Kwon és mtsai* [28] elsődleges kényszeres zavarban az *SLC1A1* specifikus SNP-je és a másodlagos antipszichotikum indukálta kényszeres tünetek kapcsolatát írták le: négyeszes rizikót találtak, viszont nem fedeztek fel kapcsolatot a szkizofrénia iránti vulnerabilitással.

Képalkotó eljárások eredményei alapján eltérések találhatók a szkizoobszesszív és a szkizofréniával élő betegek között, ami szintén megerősíti azt a felvetést, hogy két külön zavarról beszélhetünk. Az eredmények alapján szkizoobszesszív zavarral élő betegek esetében szignifikánsan nagyobb a szürkeállomány denzitása a paracentrális régiókban, valamint a középső cingularis kéregben [29]. Emellett csökkent térfogatot találtak a bal hippocampus és a frontális lebeny területén, illetve eltéréseket írtak le funkcionális képalkotó eljárásokkal a frontális lebeny, az orbitofrontális kéreg és a nucleus caudatus területén ebben a betegségcsoportban [30].

Esettanulmányunkban két beteg esetét és terápiáját ismertettük, akiknél a DSM-5 alapján mind a szkizofrénia, mind a kényszerbetegség diagnózisa teljesül [31–36].

Első eset

A 21 éves nőbeteg első pszichiátriai megjelenése ügyeleti időben történt belgyógyászok javaslatára. Ekkor zaklattottan, beszűkült affektussal, jelentős bűntudattal, fluktuáló pszichomotoros aktivitás mellett beszámolt pszichotikus élményeiről, amelyek kb. 2 hete folyamatos jelleggel fennállnak: gondolatbetoldás élménye észlelhető, amely mellett akusztikus hallucináció explorálható. Agya különböző hangokat dob ki, amelyek gúnyos, megszegyenítő állításokat mondanak róla, illetve időszakosan utasításokat is tartalmaznak. Ami ezeket a hangokat beteszi az agyába, az képeket is próbál betenni, de ezeket elnyomja. Ijesztőnek éli meg ezeket az élményeket, ezért nehezen tud elaludni. Tudja, hogy a hangok tartalma nem igaz, de magát a hangélményt valósnak éli meg. Fejfájását, fejének „fátyolosságérzését” a hangoknak tulajdonítja. Bizonyos hangélmények motoros tünetekkel járnak. Van, hogy oldalra rángatja a fejét, és előfordul, hogy dudorászik, szavakat ismételtet, amivel azt próbálja elérni, hogy ne szólaljanak meg a hangok. Fél

évvel ezelőtt kóros jelentőségtulajdonítás mellett paranoid tartalmak is megjelentek; úgy érezte figyelik, követik.

Gondolkodásában tizenéves kora óta fennállnak kényszeres elemek. E betolakodó mágikus gondolatok mellett ismétlési rituálék észlelhetők, amelyek során a világot több alkalommal kell kapcsolnia, számolgat, ezek háttérében bármilyen baj megelőzése áll. Ezek a tünetei a pszichotikus tünetei megjelenése előtt a napjából néhány órát vettek el, megjelenésük után több mint 4 órát. A szülei él, érettségizett. A kortársakkal való kapcsolatkialakítását mindig nehezebben élte meg, de az utóbbi években nagymértékben izolálódott. Pszichiátriai, addiktológiai anamnézise negatív; családi anamnézise a pszichiátriai betegségek szempontjából negatív. Gyermekkorában dyscalculiát állapítottak meg nála. 4 éve készült koponya-MR-vizsgálatának eredménye negatív lett. Szomatikus anamnéziséből kiemelendő, hogy COVID-fertőzést követően ízületi fájdalmai, nehezített járása háttérében a pszichotikus tünetek kialakulása előtt 3 évvel hidegagglutinin-betegséget állapítottak meg nála, amely kapcsán pentoxifillinterápiában részesült.

A tünetekkel kapcsolatosan ambivalens, részben felismeri kóros jellegüket, részben valósnak éli meg őket. Aripirazol- és escitaloprámtérápia indult klonazepam-kiegészítéssel, amelyet a későbbiekben elhagytunk.

Hanghallásai 2 hónapja tartó gyógyszeres terápia mellett megszűntek, kényszerszelekedetei nagymértékben csökkentek, de nem szanálódta teljesen. Összességében nyugodtabb, interperszonális kapcsolatokra nyitottabb, hangulati fekvése javult. A kezelés mellett bizonytalan acathisiás tüneteket észleltünk, amelyekre béta-blokkolót kapott, ezek a tünetek a terápia hatására enyhültek.

Második eset

A 20 éves férfi beteg tisztasággal kapcsolatos kényszer-gondolatai, -cselekedetei kapcsán jelentkezett ambulanciánkon, amelyek kifejezett szorongást okoztak számára. Emellett alacsonyabb hangulati fekvés és szenzitív működésmód is észlelhető volt. Beszámol perceptuális torzításokról is, olyan elemi zajokról, amelyekről időnként nem tudja megállapítani, hogy valósak-e, ekkor megjegyzi, hogy valaki figyel, ártani akar neki. Énhatárai fellazultak, ami torzult realitásérzékelést okoz, néha olyan érzése van, mintha belelátna mások gondolataiba, emellett előfordul, hogy gondolatai elakadnak.

Zárkózott, izolálódott, otthonából alig-alig mozdul ki, tanulmányait félbeszakította; kevésbé érett személyiségsszerveződés, zárkózottság, mások szándékainak túlértékelése jellemzi.

Addiktológiai, pszichiátriai anamnézise negatív; családi anamnézise pszichiátriai betegségek vonatkozásában negatív.

2 év alatt három osztályos kezelése zajlott. Első osztályos kezelése paranoid téveszmék, akusztikus élmény-többletei mentén bekövetkezett félbehagyott szuicid kí-

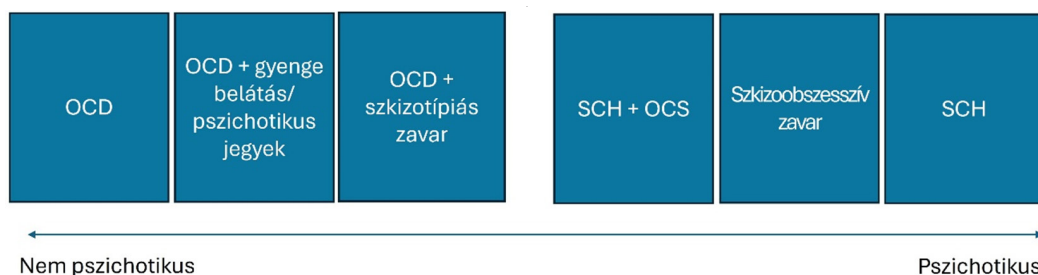
sérletet követően történt, elkeseredésében meg akarta fojtani magát úgy, hogy zacskót húzott a fejére. A koponya-CT és az EEG negatív eredményű volt. Ekkor olanzapin beállítására került sor. Bár a terápiás fókuszban álló pozitív tünetei szanálódta, kényszeres tünetei továbbra is észlelhetők voltak. Ezt követően járóbeteg-ellátás keretében kereszttitrlással kariprazinra váltottunk a kedvezőbb mellékhatásprofil miatt. Ennek hatására szociálisan nyitottabb lett, a közösségi pszichiátria munkatársaival felvette a kapcsolatot. Kényszeres tünetei továbbra is fennálltak, amelyek több órát vesznek igénybe egy nap, ezek mentén, illetve ismételt szuicid gondolatok jelentkezése kapcsán történt a második hospitalizációja. Ekkor kariprazin mellett citaloprámot alkalmaztunk, amelynek hatására a kényszeres tünettan enyhült, de nem szanálódott teljes mértékben, hangulati fekvése javult, kezelése során pszichotikus tartalom nem tapasztalható.

Harmadik osztályos kezelésére auto- és heteroagresszív tartalmú gondolatok, képek mellett megjelenő dezorganizált állapot miatt került sor, emellett alacsonyabb hangulati fekvés, csökkent étvágy volt tapasztalható. Kezelése során klopazin beállítása mellett a citaloprámdózis emelése történt. Az osztályos kezelések között, illetve jelenleg is rendszeres pszichiátriai gondozása folyik szuportív betegvezetéssel havi 2–3 alkalommal.

Megbeszélés

A kényszeres tünetek mindkét betegnél a pszichotikus tüneteket megelőzően alakultak ki, ami jelentős az antipszichotikum indukálta kényszeres tünetek differenciálása kapcsán. Emellett lényeges, hogy a pszichózis oldódását követően mindkét esetben továbbra is észlelhetők korábbi pszichotikus tartalmaiktól független kényszer-gondolatok, -cselekedetek. Kiemelt fontosságú a kényszeres tünetek elkülönítése a pszichotikus tünetektől, illetve azon kényszeres tünetek azonosítása, amelyek a pszichózis következményei; ez a differenciálás meghatározó a terápia alkalmazása és a betegség funkcionális kimenetele szempontjából.

Schirmbeck és Zink [20] több tényező fontosságát emeli ki a differenciálás során. Elsőként a belátást hangsúlyozzák (kényszeres tünetek esetében a betegek belátják ezek irrealitását, és bizonyos szintű ellenállást mutatnak). Második esetünkben a páciens tudja, hogy kezei, ruhái nem mocskosak, e gondolatai irrealitását egyértelműen látja; hasonlóan előfordul olyan gondolata, hogy az ágy alatt van valaki, amiről szintén tudja, hogy irreális, de azért benéz az ágy alá, miközben emellett jelen vannak ettől elkülönülve megfigyeltetési, üldöztetési pszichotikus szintű tartalmak is. A szerzők kiemelik annak jelentőségét, hogy a kényszeres tünetek nem csupán pszichotikus tartalmakhoz kötődnek – a kézmosásos kényszerszelekedetek háttérében nem áll megfertőző-döttségi, mérgeztetési tartalom. Emellett javasolják a pszichotikus tünetek remissziója után a kényszeres tünetek újraértékelését – a pszichotikus tünetek remisszióját



1. ábra

Kényszeres zavar – szkizofréniáspektrum [37]

OCD = kényszeres zavar; OCS = kényszeres tünetek; SCH = szkizofrénia

követően mindkét esetünk kapcsán explorálhatók kényszeres tünetek. Továbbá kiemelik a katatóniás tünetek sztereotip mozgásoktól való differenciálásának fontosságát.

Poyurovsky [37] a spektrumszemlélet fontosságát hangsúlyozza (1. ábra), amely segíthet a diagnózis alkotásában. A spektrum nem pszichotikus végén a tiszta kényszeres zavar áll, míg pszichotikus végén a szkizofrénia, és köztük négy zavar különíthető el (kényszeres zavar gyenge belátással, kényszeres zavar szkizotip jegyekkel, szkizofrénia kényszeres tünetekkel, szkizoobszesszív zavar). A megfelelő diagnózis meghatározása nagymértékben meghatározza a választott terápiát.

Bár a pszichiátriai klasszifikációs rendszerekben a szkizoobszesszív zavar nem szerepel mint külön entitás, a leírt tudományos eredményekkel, illetve egyes tanulmányokkal egyetértésben, amelyek a dimenzionális megközelítés jelentőségét emelik ki [38–40], továbbá klinikai tapasztalatunk alapján is különálló pszichiátriai zavart valószínűsíthetünk. Egy kohorszvizsgálat kiemeli e betegcsoport aluldiagnosztizáltságát, annak ellenére, hogy ezeknél a betegeknél a szkizofrénia megjelenése és a betegség kimenetele jelentősen eltérhet [41].

Habár számos tanulmány hangsúlyozza, hogy további kutatásokra van szükség, Poyurovsky [37] megfogalmazta a szkizoobszesszív zavar javasolt diagnosztikai kritériumait:

„A) A DSM-IV szerinti kényszerbetegség 'A' kritériumának megfelelő tünetek jelentkeznek a szkizofrénia lefolyása során.

B) Ha a kényszeres cselekedetek és/vagy a kényszer-gondolatok tartalma összefügg a téveszmék és/vagy hallucinációk tartalmával (például kényszeres kézmosás imperatív akusztikus hallucinációk miatt), akkor további tipikus kényszeres gondolatok és kényszer-cselekvések szükségesek, amelyeket a személy irreálisnak és túlzottnak ismer fel.

C) A kényszeres zavar tünetei a szkizofrénia prodromális, aktív és/vagy reziduális időszaka teljes időtartamának jelentős részében jelen vannak.

D) A kényszer-gondolatok és a kényszer-cselekmények időigényesek (napi több mint 1 óra), stresszt okoznak, vagy jelentősen zavarják a személy szokásos rutinját, a szkizofréniával összefüggő funkcionális károsodáson túl.

E) A szkizofréniában szenvedő betegnél előforduló kényszer-cselekmények és -gondolatok nem antipszichotikumok, kábítószer (például kokain) vagy szervi ok (például fejsérülés) közvetlen hatásának tudhatók be.”

Kiemelendő, hogy mind a kényszeres, mind a pszichotikus tünetek megfelelő azonosítása lényeges. Első esetünk kapcsán látható, hogy a markáns pszichotikus tünetek háttérbe szoríthatják a kényszeres tüneteket, ezáltal megnehezítve azok explorációját.

Bár evidenciaalapú adatok nem állnak rendelkezésre, látható, hogy a szkizoobszesszív zavarral rendelkező betegek kezelése nehezített, gyakran SSRI-kal történő kombinálás szükséges. Második esetünkben tapasztaltuk, hogy bár súlyos, markáns pszichotikus tünetek kezelése került fókuszba, a pszichotikus tünetek oldódása után a kényszeres tünetek adekvát gyógyszeres kezelése is szükségessé vált. Ezen esetünk kapcsán említésre méltó, hogy terápiarezisztens pszichotikus tünetek okán klopabin beállítása történt, amely mellett a korábban alkalmazott SSRI-dózis emelése vált szükségessé. A klopabin használatáról ellentmondásos eredmények találhatók: bizonyos esetekben hatékonyan bizonyulhat, máskor potenciálisan súlyosbíthatja a kényszeres tüneteket, különösen nagyobb dózisban, illetve a különböző tanulmányok, esetismertetések az SSRI, klomipramin adjuváns kezelés szükségességét emelték ki [42]. Továbbá az Amerikai Pszichiátriai Társaság ajánlása alapján kognitív és viselkedésterápiás módszerek alkalmazása javasolt olyan pácienseknél, akik SSRI-kiegészítésre vagy antipszichotikus medikáció cseréjére nem reagáltak kellőképpen [43].

Következtetés

Bár a szkizofrénia és a kényszeres zavar két különböző nozológiai entitás, mégis közös diszkrét klinikai jellemzőkkel és kórélettani alapokkal rendelkeznek. Kutatások alapján átfedés található a betegségek mögötti patofiziológiában, mint például a dopamin, szerotonin és glutamát neurotranszmitteri rendszerek részvételében, a neurológiai eltérések vonatkozásában. Ezért talán nem meglepő, hogy a két zavar lényegesen nagyobb arányban fordul elő együtt. A mindennapi pszichiátriai gyakorlatban jelentős a tünetek elkülönítése, differenciálása a terápiás megfontolások kapcsán is.

Elmondható, hogy az inkonzisztens adatok, eredmények ellenére feltételezhető a szkizoobszesszív zavar mint külön pszichiátriai entitás, alcsoport létezése. Szükség lenne további nagyobb esetszámú, utánkötéses vizsgálatokra, amelyek segíthetnének egyértelműbben látni a szkizofrénia és a szkizoobszesszív zavar közti különbségeket; illetve amelyek segítenék az adekvát diagnózis felállítása mellett a megfelelő terápiás intervenciók kiválasztását.

Anyagi támogatás: A dolgozat megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka nem részesült anyagi támogatásban.

Szerzői munkamegosztás: Cs. T.: Irodalomkutatás, az eredeti tervezet írása. T. T., H. R.: Az eredeti tervezet felülvizsgálata, írása. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők az FIKP-IV és a TINL projektek támogatásával dolgoznak.

Irodalom

- [1] Bleuler E. The fundamental symptoms of dementia praecox or the group of schizophrenias (1911). In: Thompson C. (Ed.) The origins of modern psychiatry. John Wiley & Sons, Hoboken, NJ, 1987; pp. 165–209.
- [2] Sümeg Sz, Herold R, Tényi T. Schizophrenia and obsessive-compulsive disorder – some considerations based on a case. [Szkizofrénia és kényszerbetegség néhány összefüggéséről egy betegünk kapcsán.] Psychiatr Hung. 2005; 20: 35–39.
- [3] Rosen I. The clinical significance of obsessions in schizophrenia. J Ment Sci. 1957; 103: 773–785.
- [4] Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis Am J Psychiatry 1986; 143: 1527–1533.
- [5] Bitter I, Czobor P, Kakuszi B, et al. Psychiatric disorders are associated with high mortality rates: somatic comorbidity and mortality in autism spectrum disorder and schizophrenia. [A pszichiátriai betegségekre jelentős korai halálozási arányszámok jellemzők: szomatikus komorbiditás és mortalitás autizmus-spektrum-zavarban és szkizofréniában.] Orv Hetil. 2023; 164: 1287–1293. [Hungarian]
- [6] Singh A, Anjankar VP, Sapkale B. Obsessive compulsive disorder (OCD): a comprehensive review of diagnosis, comorbidity, and treatment approaches. Cureus 2023; 15: e48960.
- [7] Róka ES, Bálint S, Tombor L. A case of Turner syndrome associated with schizophrenia. [Szkizofréniával társuló Turner-szindróma.] Orv Hetil. 2023; 164: 753–757. [Hungarian]
- [8] Swets M, Dekker J, van Emmerik-van Oortmerssen K, et al. The obsessive compulsive spectrum in schizophrenia, a meta-analysis and meta-regression exploring prevalence rates. Schizophr Res. 2014; 152: 458–468.
- [9] De Haan L, Dudek-Hodge C, Verhoeven Y, et al. Prevalence of psychotic disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. CNS Spectr. 2009; 14: 415–418.
- [10] Sobin C, Blundell ML, Weiller F, et al. Evidence of a schizotypy subtype in OCD. J Psychiatr Res. 2000; 34: 15–24.
- [11] Moritz S, Fricke S, Jacobsen D, et al. Positive schizotypal symptoms predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 2004; 42: 217–227.
- [12] Poyurovsky M, Zohar J, Glick I, et al. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: implications for future psychiatric classifications. Compr Psychiatry 2012; 53: 480–483.
- [13] Zohar J. Is there room for a new diagnostic subtype – the schizo-obsessive subtype? CNS Spectrums 1997; 2: 49–50.
- [14] Stengel E. A study on some clinical aspects of the relationship between obsessional neurosis and psychotic reaction types. J Mental Sci. 1945; 91(383): 166–187.
- [15] Cunill R, Castells X, Simeon D. Relationships between obsessive-compulsive symptomatology and severity of psychosis in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry 2009; 70: 70–82.
- [16] Cunill R, Huerta-Ramos E, Castells X. The effect of obsessive-compulsive symptomatology on executive functions in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2013; 210: 21–28.
- [17] De Haan L, Sterk B, Wouters L, et al. The 5-year course of obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in first-episode schizophrenia and related disorders. Schizophr Bull. 2013; 39: 151–160.
- [18] Cunill R, Vives L, Pla M, et al. Relationship between obsessive compulsive symptomatology and severity of psychotic symptoms in schizophrenia: Meta-analysis and meta-regression analysis. Schizophr Res. 2023; 251: 37–45.
- [19] Niendam TA, Berzak J, Cannon TD, et al. Obsessive compulsive symptoms in the psychosis prodrome: correlates of clinical and functional outcome. Schizophr Res. 2009; 108: 170–175.
- [20] Schirmbeck F, Zink M. Comorbid obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: contributions of pharmacological and genetic factors. Front Pharmacol. 2013; 4: 99.
- [21] Ongür D, Goff DC. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: associated clinical features, cognitive function and medication status. Schizophr Res. 2005; 75: 349–362.
- [22] Szmulewicz AG, Smith JM, Valerio MP. Suicidality in clozapine-treated patients with schizophrenia: role of obsessive-compulsive symptoms. Psychiatry Res. 2015; 230: 50–55.
- [23] Sevincok L, Akoglu A, Kokcu F. Suicidality in schizophrenic patients with and without obsessive-compulsive disorder. Schizophr Res. 2007; 90: 198–202.
- [24] Kessler T, Lev-Ran S. The association between comorbid psychiatric diagnoses and hospitalization-related factors among individuals with schizophrenia. Compr Psychiatry 2019; 89: 7–15.
- [25] Chen Y, Guo H, Yue W. Shared genetic loci and causal relations between schizophrenia and obsessive-compulsive disorder. Schizophrenia (Heidelb). 2023; 9: 20.
- [26] Dai J, Chen K, Zhu Y, et al. Identifying risk loci for obsessive-compulsive disorder and shared genetic component with schizophrenia: a large-scale multi-trait association analysis with summary statistics. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2024; 129: 110906.
- [27] Ghanbarzahi A, Sepehrinezhad A, Hashemi N, et al. Disclosing common biological signatures and predicting new therapeutic targets in schizophrenia and obsessive-compulsive disorder by integrated bioinformatics analysis. BMC Psychiatry 2023; 23: 40.
- [28] Kwon JS, Joo YH, Nam HJ, et al. Association of the glutamate transporter gene SLC1A1 with atypical antipsychotics-induced obsessive-compulsive symptoms. Arch Gen Psychiatry 2009; 66: 1233–1241.
- [29] Tas C, Mogulkoc H, Eryilmaz G, et al. Discriminating schizophrenia and schizo-obsessive disorder: a structural MRI study combining VBM and machine learning methods. Neural Comput Appl. 2018; 29: 377–387.

- [30] Attademo L, Bernardini F, Quartesan R. Schizo-obsessive disorder: a brief report of neuroimaging findings. *Psychopathology* 2016; 49: 1–4.
- [31] Schirmbeck F, Zink M. Clozapine-induced obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: a critical review. *Curr Neuropsychopharmacol*. 2012; 1 88–95.
- [32] De Haan L, Beuk N, Hoogenboom B, et al. Obsessive-compulsive symptoms during treatment with olanzapine and risperidone: a prospective study of 113 patients with recent-onset schizophrenia or related disorders. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 104–107.
- [33] Bloch M, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, et al. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 2006; 11: 622–632.
- [34] Van Nimwegen L, de Haan L, van Beveren N, et al. Obsessive-compulsive symptoms in a randomized, double-blind study with olanzapine or risperidone in young patients with early psychosis. *J Clin Psychopharmacol*. 2008; 28: 214–218.
- [35] Kim SW, Shin IS, Kim JM, et al. Amisulpride improves obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia patients taking atypical antipsychotics: an open-label switch study. *J Clin Psychopharmacol*. 2008; 28: 349–352.
- [36] Connor KM, Payne VM, Gadde KM, et al. The use of aripiprazole in obsessive-compulsive disorder: preliminary observations in 8 patients. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 49–51.
- [37] Poyurovsky M. Schizo-obsessive disorder. Cambridge University Press, 2013.
- [38] Scotti-Muzzi E, Saide OL. Schizo-obsessive spectrum disorders: an update. *CNS Spectr*. 2017; 22: 258–272.
- [39] Pardossi S, Cuomo A, Fagiolini A. Unraveling the boundaries, overlaps, and connections between schizophrenia and obsessive-compulsive disorder (OCD). *J Clin Med*. 2024; 13: 4739.
- [40] Okamura Y, Murahashi Y, Umeda Y, et al. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: is it a clinical entity? *Healthcare (Basel)* 2022; 10: 1910.
- [41] Bener A, Dafeeah EE, Abou-Saleh MT, et al. Schizophrenia and co-morbid obsessive – compulsive disorder: clinical characteristics. *Asian J Psychiatr*. 2018; 37: 80–84.
- [42] Bermanzohn PC, Porto L, Arlow PB, et al. Are some neuroleptic-refractory symptoms of schizophrenia really obsessions? *CNS Spectrums* 1997; 2: 51–57.
- [43] Lehman AF, Dixon LB, McGlashan TH, et al. Treatment of patients with schizophrenia. *Am Psychiatr Assoc*. 2010; 1: 104–113.

(Csulak Timea dr.,
Pécs, Rét u. 2., 7623
e-mail: csulak.timea@pte.hu)

„Ubi fata peccant, hominum consilia excidunt.”
(Ha a sors vétkezik, az ember terve mit sem ér.)