

Ιδεοψυχαναγκαστική και καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ασθενείς με σχιζοφρένεια

Ν.Γ. Χριστοδούλου, Δ.Κ. Κόντης, Κ.Δ. Κόντης, Μ.Ι. Χαβάκη-Κονταξάκη, Β.Π.Κονταξάκης
Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Στόχοι της μελέτης ήταν (α) ο προσδιορισμός της συχνότητας της ιδεοψυχαναγκαστικής και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ενδονοσοκομειακούς σχιζοφρενικούς ασθενείς; (β) η περιγραφή των συχνότερων και σοβαρότερων συμπτωμάτων στις κατηγορίες συννοσηρότητας, (γ) ο εντοπισμός συσχετίσεων μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών και κλινικών χαρακτηριστικών και (δ) η διερεύνηση της συννοσηρότητας της καταθλιπτικής και ιδεοψυχαναγκαστικής συμπτωματολογίας. Συμμετείχαν 74 ενδονοσοκομειακοί ασθενείς με σχιζοφρένεια (DSM-IV). Χορηγήθηκαν οι κλίμακες: Οετικών και Αρνητικών Συμπτωμάτων (PANNS), Ιδεοψυχαναγκαστικής Συμπτωματολογίας (Y BOCS), Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας στη Σχιζοφρένεια (CDSS). Η επικράτηση των ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων ήταν 14,9%. Το αντίστοιχο ποσοστό της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ήταν 66,2%, ενώ στο 23,0% των ασθενών εντοπίστηκε καταθλιπτικό επεισόδιο. Συννοσηρότητα της σχιζοφρένειας με ταυτόχρονη ιδεοψυχαναγκαστική και καταθλιπτική συμπτωματολογία εντοπίστηκε στο 9,5% του δείγματος. Βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της νεαρής ηλικίας και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ($p=0,04$), του γυναικειού φύλου και της αρνητικής ή γενικής ψυχοπαθολογίας ($p=0,03$, $p=0,001$, αντίστοιχα) και μεταξύ χαμηλής εκπαίδευσης και αρνητικής ή γενικής ψυχοπαθολογίας ($p=0,001$, $p=0,008$, αντίστοιχα). Οι ασθενείς με συνοδά ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα έναντι των ασθενών χωρίς συνοδά ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα δεν διέφεραν στη σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (4,36 vs. 3,97, NS) ούτε στη συχνότητά τους (64% vs. 67%, NS).

Λέξεις ευρετηρίου: *σχιζοφρένεια, ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία, κατάθλιψη, συμπτωματολογία, συννοσηρότητα.*

Εισαγωγή

Η σχιζοφρένεια είναι μια σύμπλοκη νοσολογική οντότητα, η οποία χαρακτηρίζεται από μία ουσιαστική (πυρηνική) μεταβολή της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας. Στην αιτιοπαθογένειά της ενοχοποιούνται βασικά λειτουργικά συστήματα του εγκεφάλου, ενώ η νόσος εκφράζεται κλινικά ως ένας συνδυασμός διαταραχών πολλών ψυχικών λειτουργιών, όπως η σκέψη, η αντίληψη, το συναίσθημα, η βούληση και η συμπεριφορά.¹

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και η κατάθλιψη - σε επίπεδο συμπτωματολογίας - χαρακτηρίζονται επίσης από διαταραχές της σκέψης, της βούλησης, της συμπεριφοράς και του συναίσθηματος. Είναι συνεπώς αναμενόμενο να υπάρχουν διαγνωστικά και κλινικά προβλήματα, όταν η εικόνα του ασθενούς παρουσιάζει στοιχεία, τα οποία μπορούν να ανήκουν σε πειρσσότερες από μία οντότητες.

Η συννοσηρότητα στη σχιζοφρένεια είναι ένα ζήτημα που απασχολεί έντονα τη διεθνή βιβλιογραφία. Ήδη από τον 17ο αιώνα έχουν αναφερθεί και περιγραφεί περιπτώσεις συννοσηρότητας ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και σχιζοφρένειας. Επικρατεί προβληματισμός σχετικά με τη διάγνωση της ιδεοψυχαναγκαστικής συμπτωματολογίας, όταν αυτή εκφράζεται παράλληλα με ψυχωσική συμπτωματολογία. Η σύγχρονη στάση απέναντι σε αυτά τα διαγνωστικά διλήμματα διατυπώνεται στα σύγχρονα διαγνωστικά εγχειρίδια, όπου προτείνεται η ευαισθησία ως κύριο διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο της ιδεοψυχαναγκαστικής από τη σχιζοφρενική διαταραχή. Εν τούτοις, από άλλους ερευνητές υποστηρίζεται η πιθανή ύπαρξη ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής με μικρή ή μερική ευαισθησία. Εξάλλου, η καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι τόσο στενά συνδεδεμένη με τη σχιζοφρένεια, που μέρος ερευνητών την θεωρεί ως πυρηνικό στοιχείο της νόσου.

Σκοποί της μελέτης αυτής είναι η καταγραφή της στιγμιαίας επικράτησης (point-prevalence) της Θετικής και αρνητικής ψυχωσικής συμπτωματολογίας, της γενικής ψυχοπαθολογίας, της ιδεοψυχαναγκαστικής συμπτωματολογίας και της καταθλιπτικής συ

μπτωματολογίας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, όπως και της συχνότητας συννοσηρότητας των ανωτέρω. Επίσης, η αναζήτηση συσχετίσεων μεταξύ δημογραφικών στοιχείων και κλινικών παραμέτρων των ασθενών, όπως και η συγκριτική διερεύνηση της συχνότητας και της βαρύτητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με ή χωρίς συνοδά ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα.

Υλικό και μέθοδος

A. Ασθενείς και κριτήρια συμμετοχής / αποκλεισμού:

Συμπεριελήφθησαν 74 ασθενείς δύο τμημάτων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (54,1 % γυναίκες, 45,9% άνδρες) με διάγνωση σχιζοφρένειας κατά DSM-IV. Η διάγνωση τέθηκε μετά από συμφωνία δύο ανεξαρτήτων ερευνητών, οι οποίοι έλαβαν υπ' όψιν και κλινικές πληροφορίες από τα ιστορικά των ασθενών. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 53,2 ($\pm 15,0$) έτη. Μία ασθενής αρνήθηκε να συνεργασθεί. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν: ιστορικό σοβαρής κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, σοβαρή νευρολογική ή σωματική νόσος, νοητική καθυστέρηση και κατάχρηση ουσιών ή οινόπνευματων.

B. Συλλογή των πληροφοριών:

Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με τη χρήση ημιδομημένου ερωτηματολογίου. Τρεις ευρέως αποδεκτές κλίμακες χορηγήθηκαν για την καταγραφή της ψυχωσικής, ιδεοψυχαναγκαστικής και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας: Η κλίμακα θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων (PANSS), η κλίμακα Yale-Brown ιδεοψυχαναγκαστικής συμπτωματολογίας (Y BOCS) και η κλίμακα Calgary καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη σχιζοφρένεια (CDSS). Οι κλίμακες PANSS και CDSS έχουν σταθμιστεί και σε ελληνικό πληθυσμό. Η κλίμακα CDSS έχει θεωρηθεί ως η πλέον ειδική κλίμακα για την αξιολόγηση της κατάθλιψης στη σχιζοφρένεια έναντι της μέχρι πρότινος ευρέως χρησιμοποιούμενης Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), η οποία έχει σταθμιστεί μόνο σε πληθυσμό καταθλιπτικών ασθενών.

Λόγω της προαναφερθείσας διαγνωστικής δυσκολίας μεταξύ στοιχείων της ιδεοψυχαναγκαστικής και ψυχωσικής συμπτωματολογίας, η συμπλήρωση της PANSS έγινε από τον έναν ερευνητή, ενώ η συμπλήρωση των κλιμάκων CDSS και Y BQCS έγινε από τον δεύτερο ανεξάρτητο ερευνητή. Τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των ασθενών καταγράφηκαν σε τυποποιημένο έντυπο και αντλήθηκαν από τους φακέλους των ασθενών, ενώ όπου ήταν απαραίτητο- ζητήθηκε και η βοήθεια του οικείου τους περιβάλλοντος.

Γ. Επεξεργασία των αποτελεσμάτων:

Για τη στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες Pearson's correlation coefficient, chi-square test και student's ttest με το πρόγραμμα SPSS for Windows.

Αποτελέσματα

Ένδεκα από τους 74 ασθενείς (14,9%) είχαν θετικό αποτέλεσμα στην κλίμακα Y BOCS (παρουσία τουλάχιστον ενός συμπτώματος) και συνεπώς είχαν 35 συννοσηρότητα σχιζοφρενικής διαταραχής με ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία. Το αντίστοιχο ποσοστό για την καταθλιπτική συμπτωματολογία ήταν 66,2% (49 από τους 74 ασθενείς), ενώ στο 23,0% του δείγματος (17 ασθενείς) εντοπίστηκε παρουσία καταθλιπτικού επεισοδίου (CDSS>6). Η συννοσηρότητα σχιζοφρένειας, ιδεοψυχαναγκαστικής και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας παρατηρήθηκε στο 9,5% του δείγματος (7 ασθενείς).

Στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της κλίμακας PANSS, στο σύνολο των ασθενών υπήρξε επικράτηση της αρνητικής συμπτωματολογίας (αρνητική υποκλίμακα - Θετική υποκλίμακα > 0, "τύπος II" σχιζοφρένειας) σε ποσοστό 68,5%. Καταγράφηκαν η συχνότητα και η βαρύτητα των λημμάτων (συμπτωμάτων) της κλίμακας PANSS (Πίνακας 1).

Όπως φαίνεται στον πίνακα 1, το λήμμα της «εννοσιολογικής αποδιοργάνωσης» στη Θετική υποκλίμακα της PANSS έχει τη μέγιστη σοβαρότητα και συχνότητα, σε αντιδιαστολή με το λήμμα «εχθρότητα». Παρομοίως, στην υποκλίμακα της γενικής ψυχοπαθολογίας, το λήμμα της «έλλειψης κρίσης και ευαισθησίας» έχει την μέγιστη σοβαρότητα και συχνότητα, σε αντιδιαστολή με το λήμμα «αισθήματα ενοχής». Στην υποκλίμακα των αρνητικών συμπτωμάτων, το λήμμα «αμβλύ συναίσθημα» εμφανίζει τη μέγιστη συχνότητα, αλλά ταυτόχρονα και την ελάχιστη σοβαρότητα.

Πίνακας 1. Συμπτώματα (λήμματα) της κλίμακας PANSS στους ασθενείς της μελέτης σε σχέση με τη μέγιστη/ελάχιστη συχνότητα εμφάνισης και τη μέγιστη/ελάχιστη σοβαρότητα.

	Θετική υποκλίμακα	Αρνητική υποκλίμακα	Γενική ψυχοπαθολογία
Λήμμα με τη μέγιστη σοβαρότητα	Εννοιολογική αποδιοργάνωση (3,62±1,96)	Δυσκολία στην αφηρημένη σκέψη (4,59±2,04)	Έλλειψη κρίσης και εναισθησίας (5,21±1,25, 97,3%)
Λήμμα με την ελάχιστη σοβαρότητα	Εχθρότητα (1,05±0,23)	Αμβλύ συναίσθημα (3,81±1,61)	Αισθήματα ενοχής (1,32±0,90, 12,3%)
Λήμμα με τη μέγιστη συχνότητα	Εννοιολογική αποδιοργάνωση (76,7%)	Αμβλύ συναίσθημα (91,2%)	Έλλειψη κρίσης και εναισθησίας (97,3%)
Λήμμα με την ελάχιστη συχνότητα	Εχθρότητα (5,5%)	Στερεότυπη σκέψη (47,8%)	Αισθήματα ενοχής (12,3%)

Πίνακας 2. Συμπτώματα (λήμματα) της κλίμακας CDSS στους ασθενείς της μελέτης σε σχέση με τη συχνότητα εμφάνισης και τη σοβαρότητα.

Λήμμα	Συχνότητα (%)	Σοβαρότητα (μέσος όρος)
1. Κατάθλιψη	47,3	0,59
2. Απελπισία	37,8	0,54
3. Αυτούποτίμηση	40,5	0,57
4. Ενοχικές ιδέες αναφοράς	29,7	0,41
5. Παθολογική ενοχή	20,3	0,32
6. Πρωινή κατάθλιψη	23,0	0,30
7. Πρώιμη αφύπνιση	21,6	0,32
8. Αυτοκτονία	25,7	0,36
9. Παρατηρούμενη κατάθλιψη	47,3	0,62

Πίνακας 3. Συμπτώματα (λήμματα) της κλίμακας Y-BOCS στους ασθενείς της μελέτης σε σχέση με τη σοβαρότητα που αυτά εμφανίστηκαν.

Λήμμα	Σοβαρότητα (μέσος όρος)
1. Χρόνος που αναλώνεται σε ιδεοληψίες	0,216
2. Επίπτωση των ιδεοληψιών	0,203
3. Δυσφορία από τις ιδεοληψίες	0,135
4. Αντίσταση στις ιδεοληψίες	0,216
5. Έλεγχος των ιδεοληψιών	0,230
6. Χρόνος που αφιερώνεται σε καταναγκασμούς	0,311
7. Επίπτωση των καταναγκασμών	0,257
8. Δυσφορία από τους καταναγκασμούς	0,176
9. Αντίσταση στους καταναγκασμούς	0,365
10. Έλεγχος των καταναγκασμών	0,311
Σύνολο υποκλίμακας ψυχαναγκασμών	1,000
Σύνολο υποκλίμακας καταναγκασμών	1,419

Ο πίνακας 2 δείχνει τη σοβαρότητα και τη συχνότητα εμφάνισης των λημμάτων της κλίμακας CDSS στους ασθενείς της μελέτης. Μεταξύ των λημμάτων της κλίμακας CDSS, μεγαλύτερη συχνότητα θετικής απάντησης σημείωσε το λήμμα «κατάθλιψη» (47,3%), ενώ τη μικρότερη συχνότητα σημείωσε το λήμμα «παθολογική ενοχή» (20,3%). Εξάλλου, η μεγαλύτερη σοβαρότητα καταγράφηκε στο λήμμα «παρατηρούμενη κατάθλιψη» (0,62), ενώ η ελάχιστη σοβαρότητα καταγράφηκε στο λήμμα «πρωινή κατάθλιψη» (0,30).

Ο πίνακας 3 περιλαμβάνει τα αποτελέσματα της κλίμακας Y BOCS σε σχέση με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων στο σύνολο των ασθενών της μελέτης. Παρατηρήθηκε μια τάση προς εμφάνιση

σοβαρότερων συμπτωμάτων καταναγκασμών έναντι αυτών των ιδεοληψιών. Συγκεκριμένα, το λήμμα με τη μέγιστη σοβαρότητα ήταν η «αντίσταση στους καταναγκασμούς» με μέσου όρο 0,365, ενώ το λήμμα με την ελάχιστη σοβαρότητα ήταν η «δυσφορία από τις ιδεοληψίες», με μέσον όρο 0,135. Επιπροσθέτως, ο μέσος όρος του συνολικού αποτελέσματος της υποκλίμακας ιδεοληψιών ήταν 1,00, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος για τους καταναγκασμούς ήταν 1,41.

Η συγκριτική στατιστική επεξεργασία μεταξύ δημογραφικών και κλινικών παραμέτρων ανέδειξε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ γυναικείου φύλου και αρνητικής συμπτωματολογίας ($p=0,03$). Επίσης βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ γυναικείου φύλου και της υποκλίμακας γενικής ψυχοπαθολογίας της PANSS ($p=0,001$). Ακόμη εντοπίστηκαν στατιστικά ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ της χαμηλής εκπαίδευσης και της αρνητικής ή γενικής ψυχοπαθολογίας ($p=0,001$, $p=0,008$, αντίστοιχα). Στην κλίμακα CDSS, υπήρχε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μικρότερης ηλικίας και του συνολικού αποτελέσματος της κλίμακας ($p=0,05$).

Τέλος, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των βαθμολογιών των υποκλιμάκων της PANSS και των κλιμάκων Y BOCS ή CDSS. Η συγκριτική διερεύνηση της συχνότητας και βαρύτητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των ασθενών με σχιζοφρένεια και συνοδά ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα ($N=11$), έναντι των ασθενών χωρίς συνοδά ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα ($N=63$), έδειξε ότι οι δύο αυτές ομάδες ασθενών δεν διέφεραν ως προς τη σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ($4,36\pm 1,36$ έναντι $3,97\pm 0,64$, $t=0,24$, $p=0,81$) ούτε και ως προς τη συχνότητά τους (64% έναντι 67%, NS).

Συζήτηση

Στόχοι της μελέτης αυτής ήταν: (α) να προσδιορίσει τη συχνότητα της ιδεοψυχαναγκαστικής και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη σχιζοφρένεια σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς, (β) να περιγράψει τα συχνότερα και σοβαρότερα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τις κατηγορίες συννοσηρότητας, (γ) να εντοπίσει συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών και κλινικών χαρακτηριστικών και (δ) να συγκρίνει τη σοβαρότητα και τη βαρύτητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους ασθενείς με σχιζοφρένεια και συνοδό ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία, έναντι εκείνων χωρίς ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία. Ως προς το κλινικό μέρος της μελέτης, προβλέφθηκε η αντικειμενική, ορθολογική, αξιόπιστη και έγκυρη καταγραφή των δεδομένων.¹⁷ Επελέγησαν αναγνωρισμένα και σταθμισμένα στην Ελλάδα εργαλεία, ενώ η καταγραφή των ψυχοπαθολογικών στοιχείων των ασθενών με τις συγκεκριμένες κλίμακες απέτρεψε τις πιθανές ασυμφωνίες μεταξύ των εκτιμητών, αφού ο ίδιος εκτιμητής έδινε πάντα τις ίδιες κλίμακες. Πρέπει όμως να σημειωθούν και ορισμένες αδυναμίες της μελέτης. Πρώτου, το δείγμα των ασθενών είναι σχετικά μικρό και περιλαμβάνει μόνο ενδονοσοκομειακούς ασθενείς. Δεύτερου, επαφή με τους ασθενείς έγινε μόνο μία φορά, κατά τη συνέντευξη. Συνεπώς δεν υπήρχε η δυνατότητα της ανάπτυξης σχέσεων ιατρού-ασθενούς, γεγονός που πιθανώς να επηρεάζει αρνητικά την ευαισθησία ανίχνευσης συμπτωμάτων.

Τα ισχύοντα ταξινομικά συστήματα (DSM-IV, ICD10) επιτρέπουν σημαντική αξιοπιστία και εγκυρότητα στη διάγνωση της σχιζοφρενικής διαταραχής, της κατάθλιψης και της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Η διάγνωση της συννοσηρότητας της σχιζοφρένειας με καταθλιπτική διαταραχή (νόσο) δεν παρουσιάζει συνήθως προβλήματα. Ο κύριος προβληματισμός εμφανίζεται στην διαφοροποίηση των αρνητικών ψυχωσικών συμπτωμάτων και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Όσον αφορά τη συννοσηρότητα της σχιζοφρένειας με ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία, μεγάλο διαγνωστικό πρόβλημα αποτελεί η διαφοροδιάγνωση ιδεοψυχαναγκαστικών και ψυχωσικών συμπτωμάτων. Η στενή εννοιολογική σχέση μεταξύ ιδεοληψιών και παραληρητικών ιδεών ευθύνεται μερικώς για τις διαγνωστικές δυσχέρειες. Όταν μάλιστα παρατηρούνται ψυχαναγκασμοί και καταναγκασμοί, είναι εύκολο να αποδοθούν στην ψυχωσική συμπεριφορά του ασθενούς ή ακόμα και σε στερεοτυπίες ή συμπτώματα έκπτωσης που παρατηρούνται κυρίως σε χρόνιους ασθενείς. Στην περίπτωση που υπάρχει προβληματισμός διαφορικής διάγνωσης ανάμεσα στη σχιζοφρένεια και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, το ICD-10 προβλέπει τον αποκλεισμό της δευτερεύουσας διάγνωσης. Δηλαδή δεν προβλέπεται περίπτωση συνιοσηρότητας. Το ίδιο ίσχυε μέχρι πρό τίνος και στο DSM-III-R. Στο DSM-IV εισήχθη η ευαισθησία ως διαφοροδιαγνωστικό κριτήριο. Η συγκεκριμένη τροποποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων οδήγησε σε πολλές αντιδράσεις του επιστημονικού κόσμου, καθώς είναι ευρέως αποδεκτό ότι η μικρή ή μερική ευαισθησία δεν αποτελεί οικουμενικό, σταθερό ή διαχρονικό στοιχείο στη σχιζοφρένεια. Υπάρχουν

δημοσιεύσεις, στις οποίες επισημαίνεται η συνύπαρξη μικρής ή μερικής ευαισθησίας και στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

Οι παραπάνω προβληματισμοί αφήνουν το θέμα της συννοσηρότητας της σχιζοφρένειας και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής ανοιχτό. Η έκταση της σύγχυσης που υπάρχει γύρω από το ζήτημα γίνεται κατανοητή, παραθέτοντας τα δεδομένα των αποτελεσμάτων σχετικών μελετών. Σύμφωνα με αυτά, το ποσοστό των ασθενών με σχιζοφρένεια που εμφανίζουν ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα ανέρχεται από 3,5% έως 46%,^{24,25,29-31,34} ενώ η διάγνωση ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής εμφανίζεται σε ποσοστά που κυμαίνονται από 7,8% έως 59,2% (Πίνακας 4),^{26,27,28,31-33,35-38} ρι ευρύτατες διακυμάνσεις που παρατηρούνται μπορούν να αποδοθούν στην ανομοιογένεια που παρουσιάζουν οι μελέτες σχετικά με την επιλογή του δείγματος, τα διαγνωστικά κριτήρια και τη μεθοδολογία τους. Το παράδοξο είναι ότι κατά κύριο λόγο οι συχνότητες των διαγνώσεων των ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων εμφανίζονται χαμηλότερες από τις αντίστοιχες της διαταραχής.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι στο σύνολο των μελετών που αναφέρονται δεν έχουν βρεθεί σημαντικές επαναλήψιμες διαφορές μεταξύ της ομάδας της «καθαρής» σχιζοφρένειας και της ομάδας συννοσηρότητας με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή σε επιδημιολογικές παραμέτρους, όπως φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση, κοινωνική τάξη. Επίσης διαφορές δεν έχουν βρεθεί σχετικά με κλινικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία κατά την έναρξη της ασθένειας, ο αριθμός εισαγωγών, η διάρκεια της ασθένειας, η διάρκεια θεραπειών.

Η παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι συχνότατο εύρημα. Σε διάφορες μελέτες έχουν αναφερθεί συχνότητες που κυμαίνονται από 20% έως 80%. Ειδικά σε πρόσφατης έναρξης σχιζοφρένεια τα ποσοστά εμφάνισης καταθλιπτικών επεισοδίων κυμαίνονται από 22% έως 50%. Έχει αναφερθεί, «αλλά με μικρή συνέπεια», πληθώρα συσχετισμών μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και δημογραφικών και κλινικών στοιχείων των ασθενών. Ενδεικτικά, οι Zisook και συν. αναφέρουν θετική συσχέτιση μεταξύ του γυναικείου φύλου και της βαρύτητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ αναφέρονται αντικρουόμενα ευρήματα για τη σχέση επί μέρους υποκλιμάκων της PANSS με την κατάθλιψη. Βάσει των ευρημάτων που καταγράφονται από τη σχετική βιβλιογραφία, έχει διατυπωθεί η άποψη από μερίδα ερευνητών πως η καταθλιπτική συμπτωματολογία αποτελεί πυρηνικό στοιχείο της σχιζοφρένειας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, η επικράτηση των ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων ήταν 14,9%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την καταθλιπτική συμπτωματολογία ήταν 66,2% και στο 23,0% του δείγματος εντοπίστηκε παρουσία καταθλιπτικού επεισοδίου (CDSS>6). Τα αποτελέσματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών.

Η συσχέτιση που βρέθηκε μεταξύ νεαρότερης ηλικίας και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας επιβεβαιώνεται εμμέσως από έναν αριθμό μελετών, οι οποίες συμφωνούν στο ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία στη σχιζοφρένεια είναι συχνή κυρίως στην πρόσφατης έναρξης σχιζοφρένεια. Η συσχέτιση που εντοπίσαμε μεταξύ του γυναικείου φύλου και της αρνητικής ψυχοπαθολογίας έρχεται σε αντίθεση με ευρήματα άλλων ερευνητών στη βιβλιογραφία. Η συγκεκριμένη τάση όμως των ανδρών προς υψηλότερη αρνητική συμπτωματολογία ίσως εμπεριέχει συγχυτικούς παράγοντες, καθώς η δασολογία των αντιψυχωσικών καταδεικνύεται σαφώς μεγαλύτερη στη συγκεκριμένη ομάδα έναντι των γυναικών. Η ισχυρή συσχέτιση εξ άλλου που εντοπίσαμε μεταξύ χαμηλής εκπαίδευσης και αρνητικής συμπτωματολογίας έχει στο παρελθόν επισημανθεί και από άλλους ερευνητές.

Πίνακας 4. Μελέτες της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και συμπτωματολογίας στη σχιζοφρένεια.

Ερευνητές	Έτος	Διάγνωση ^(*)	Συμπτώματα ^(**)	Μεθοδ. εισηγήσεις
Rosen και συν. ²⁵	1957		3,5%	Αναδρομή σε φακέλους
Fenton και συν. ²⁹	1986		12,9%	Αναδρομή σε φακέλους
Bland και συν. ²⁷	1987	59,2%		
Berman και συν. ²⁴	1995		25,0%	Συνέντευξη με τον θεράποντα
Fabish και συν. ³⁰	1997		19,0%	
Eisen και συν. ²⁶	1997	7,8%		
Porte και συν. ³¹	1997	26,0%	46,0%	
Cassano και συν. ³²	1998	24,0%		
Raymurovsky και συν. ³³	1999	14,0%		Ασθενείς πρώτου επεισοδίου
Tibbo και συν. ³⁴	1999		25,0%	Εξωνασοκομειακοί ασθενείς
Kruger και συν. ³⁵	2000	15,8%		
Raymurovsky και συν. ³³	2001	23,5%		Χρόνιοι ασθενείς
Nachmad και συν. ³⁷	2003	26,0%		Εφηβοί ασθενείς
Ohta και συν. ³⁸	2003	18,3%		

(*) Η κατηγορία «Διάγνωση» αναφέρεται στη διάγνωση ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Το DSM-III-R χρησιμοποιήθηκε από τον Eisen, ενώ το DSM-IV χρησιμοποιείται έκτοτε.

(**) Η κατηγορία «Συμπτώματα» αναφέρεται στην παρουσία ιδεοψυχαναγκαστικής συμπτωματολογίας.

Το βασικό ερώτημα παραμένει. Ποια είναι η σχέση της ιδεοψυχαναγκαστικής και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τη σχιζοφρένεια; Μια πρώτη υπόθεση είναι να αποτελεί φαινομενολογική συνύπαρξη δύο διαφορετικών διαγνωστικών οντοτήτων με εν μέρει κοινή (ή αλληλεπηρεαζόμενη) κλινική εικόνα, αλλά διαφορετική αιτιοπαθογένεια. Η δεύτερη περίπτωση είναι να υπάρχει μια ιδιαίτερη διαγνωστική ομάδα, η οποία τοποθετείται μεταξύ της σχιζοφρένειας και της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, η λεγόμενη «ιδεοψυχαναγκαστική ψύχωση» ή και μία ακόμη άλλη διαγνωστική υποομάδα με μεγάλη επαλληλία ψυχωσικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων πολύ κοντά στη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Μία τρίτη, εξ άλλου, περίπτωση είναι η ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία να αποτελεί χαρακτηριστικό πρώιμο στάδιο στην εξελικτική πορεία της σχιζοφρένειας, π.χ. ως επιφαινόμενο ή πρόδρομο σύνδρομο, για ορισμένους τουλάχιστον ασθενείς. Υπάρχουν βέβαια και μελέτες που υπογραμμίζουν τη σημασία της επίδρασης της φαρμακευτικής αγωγής στην κλινική έκφραση της συμπτωματολογίας της σχιζοφρένειας. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να εστιάσει μια μελλοντική έρευνα.

Αξίζει να αναφερθεί ότι οι σχιζοφρενικοί ασθενείς της μελέτης μας με συννοσηρότητα ιδεοψυχαναγκαστικής συμπτωματολογίας δεν διαφοροποιούνται από αυτούς χωρίς ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα σε σχέση με τη σοβαρότητα ή τη συχνότητα της κατάθλιψης. Η παρατήρηση αυτή δεν συνηγορεί υπέρ της υπάρξεως ανεξάρτητης κλινικής οντότητας ασθενών με συνύπαρξη ψυχωσικών και ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων. Δεν βρήκαμε στη βιβλιογραφία ανάλογη άλλη εργασία. Θα είχε, τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον η διερεύνηση της ιδιαίτερης κατηγορίας ασθενών με ταυτόχρονη παρουσία ψυχωσικών, ιδεοψυχαναγκαστικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σχέση με άλλες ψυχοπαθολογικές, κλινικές ή βιολογικές παραμέτρους.