

# 3<sup>ο</sup> ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

29 - 30 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2019  
& 1 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2019

 **ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ  
ELECTRA PALACE**  
Ναυάρχου Νικοδήμου 18,  
Πλάκα, Αθήνα

Θα χορηγηθούν  
21 μόρια Συνεχιζόμενης  
Ιατρικής Εκπαίδευσης  
(CME - CPD Credits)

#### ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ  
ΨΥΧΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ  
(Δ.Ε.Ε.ΑΛ.ΨΥ.ΣΩ.Ν.) Δ.Τ. "ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ"  
INTERNATIONAL SOCIETY FOR RESEARCH OF INTERPLAY  
BETWEEN MENTAL AND SOMATIC DISORDERS (I.S.R.I.M.S.D.)  
[www.psychosomaticmed.com](http://www.psychosomaticmed.com)  
[congr@psychosomaticmed.com](mailto:congr@psychosomaticmed.com)

#### ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Congress World Event Travel EE | T: 210 7210052 | E: [congr@psychosomaticmed.com](mailto:congr@psychosomaticmed.com)

[www.psychosomaticmed.com](http://www.psychosomaticmed.com)

 [congr@psychosomaticmed.com](mailto:congr@psychosomaticmed.com)

ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ  
ΨΥΧΙΚΩΝ & ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ  
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Από τα Γονίδια στις  
Ψυχοπαθολογικές  
εκδηλώσεις





# 3<sup>o</sup> ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ &  
ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Από τα Γονίδια στις  
Ψυχοπαθολογικές  
Εκδηλώσεις

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

## ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Εμμανουήλ Ρίζος

## ΜΕΛΗ

Ιωάννης Παρίσης, Νικόλαος Σιαφάκας, Χαρίλαος Γερασίμου, Έλενα Κατσαντώνη, Λουκιανός Ραλλίδης, Σπύρος Πνευματικός, Βασίλης Ζουμπουρλής, Πέτρος Προκόπης, Ερυφίλη Χατζηαγγελάκη, Έλενα Γκόγκα, Στυλιανή Κοκόρη, Αλέξανδρος Δελίδης, Αντωνία Ελέζογλου, Κωνσταντίνος Τσαμάκης, Ιωάννης Καράκης, Ch. Mueller, Λυγερή Ηλιοπούλου, Δημήτρης Κόντης, Χαράλαμπος Τουλούμης, Χαράλαμπος Παπαγεωργίου, Αθανάσιος Δουζένης, Λεωνίδας Στεφανής, Νικόλαος Στεφανής, Γιώργος Σουρβίνος, Μελπομένη Πέππα, Σοφία Χατζηιωάννου, Ευστάθιος Λάσκος, Ευαγγελία Λαδά, Κωνσταντίνος Φουντουλάκης, Κωνσταντίνος Βουμβουράκης, Γιώργος Τσιβγούλης, Eleni Palazidou, Νικόλαος Σμυρνής, Παναγιώτης Τσιριγώτης, Jim Tzororis, Ουρανία Σίττα, Μαρία Καλλέργη, Κωνσταντίνος Ασημακόπουλος, Μινέρβα-Μελπομένη Μαλλιώρα, Μαρίνα Οικονόμου, Ιωάννης Λιάππας, Θωμάς Παπαρηγόπουλος, Νικόλαος Χριστοδούλου, Σωκράτης Παπαγεωργίου, Ευαγγελία Παπαδαυίδ, Γιώργος Βαβουγιός, Γιώργος Σαϊτάκης, Γιώργος Φούγιας, Αναστασία Τσιάβου, Αθανάσιος Σεισόπουλος, Παναγιώτης Φερεντίνος, Κωνσταντίνος Τριανταφύλλου, Στέλιος Κυμπουρόπουλος, Αναστάσιος Μπονάκης, Ιωάννης Κακίσης, Νικόλαος Πρίμπας, Ιωάννης Τόλλος, Αθηνά Μαρή, Αντώνης Μαυρόματος, Γιώργος Μαθιανάκης, Βασίλης Σπινάρης

## ΝΟΜΙΚΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ

Αντωνία Πρίμπα, Δικηγόρος.

## Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Με ιδιαίτερη χαρά σας υποδεχόμαστε στο **3ο Συνέδριο Ψυχοσωματικής Ιατρικής**, που διοργανώνει η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (Δ.Ε.Ε.ΑΛ.ΨΥ.ΣΩΝ) – INTERNATIONAL SOCIETY FOR RESEARCH OF INTERPLAY BETWEEN MENTAL AND SOMATIC DISORDERS (I.S.R.I.M.S.D) ([www.psychosomaticmed.com](http://www.psychosomaticmed.com)) με τίτλο: «Αλληλεπίδραση Ψυχικών και Σωματικών Νοσημάτων: Από τα Γονίδια στις Ψυχοπαθολογικές Εκδηλώσεις», στην πόλη των Αθηνών.

Για τρίτη συνεχή χρονιά, παρά τις σημαντικές δυσκολίες και ως συνέχεια των δύο εξαιρετικά επιτυχών Συνεδρίων μας, θα προσπαθήσουμε να αναδείξουμε σχέσεις ανάμεσα στην μοριακή, γενετική και κυτταρική διάσταση των ψυχικών διαταραχών με την φαινοτυπική διάσταση και τις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις. Επίσης την παθοφυσιολογία της συννόσησης αλλά και στοιχεία των θεραπευτικών επιλογών φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών.

Τα νέα δεδομένα από τις μοριακές και κλινικές μελέτες, καταδεικνύουν την συστηματικότητα των μειζόνων ψυχικών διαταραχών και την πολυπλοκότητα αναφορικά με την δράση των θεραπευτικών επιλογών και παρεμβάσεων. Ειδικότερα η ανάδειξη των γενετικών και επιγενετικών παραγόντων ως παραγόντων κινδύνου ανάπτυξης των ψυχικών διαταραχών, αλλά και των συννοσηροτήτων τους, αποτελεί εκπαιδευτική και ερευνητική προτεραιότητα διότι στο άμεσο μέλλον φαίνεται να αποτελεί κριτήριο διάγνωσης, πρόγνωσης και θεραπείας.

Από την άλλη πλευρά, οι Ψυχοφαρμακολογικές παρεμβάσεις όσο και οι μη Ψυχοφαρμακολογικές παρεμβάσεις, θα αξιολογούνται στο μέλλον με την χρήση ειδικών βιολογικών δεικτών, αναφορικά με την ασφάλεια, αλλά και την αποτελεσματικότητά τους.

Το παρόν συνέδριό μας, σε αυτά τα επίπεδα, θα προσπαθήσει να εστιάσει, ενώ η παρουσία ειδικών και καταξιωμένων συναδέλφων, καθηγητών και ερευνητών, που τους ευχαριστούμε θερμά για την παρουσία τους και την ενεργό συμμετοχή τους, αποτελεί κριτήριο επιτυχίας και επιβεβαίωση του στόχου μας για συνεχή εκπαίδευση όλων και ακόμη περισσότερο κίνητρο δημιουργίας αλλά και επέκτασης ερευνητικών δραστηριοτήτων και συνεργασιών.

Θα θέλαμε και το 3ο Συνέδριό μας, να συνεχίσει να αποτελεί μια εστία πολύπλευρης και πολυδιάστατης προσέγγισης της ψυχικής νόσου και σας προσκαλώ να συμμετέχετε ενεργά σε αυτό το εξαιρετικά ενδιαφέρον και πρωτότυπο Συνέδριο, που στόχος μας είναι να συνεχίσει να αποτελεί θεσμό ετήσιο, πάντα στον ίδιο τόπο, εδώ στην πόλη των Αθηνών.

**Σας ευχαριστώ**

Εκ μέρους του ΔΣ

Ο Πρόεδρος της ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (Δ.Ε.Ε.ΑΛ.ΨΥ.ΣΩΝ) – INTERNATIONAL SOCIETY FOR RESEARCH OF INTERPLAY BETWEEN MENTAL AND SOMATIC DISORDERS (I.S.R.I.M.S.D) και της Οργανωτικής Επιτροπής.



**Εμμανουήλ Ρίζος MD, Ph.D**

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ)



## ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ & ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ: ΑΠΟ ΤΑ ΓΟΝΙΔΙΑ ΣΤΙΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2019**

8:30 – 9:00 **Εγγραφές**

> Αίθουσα BALLROOM I / 1<sup>ο</sup> Τραπέζι

9:00 – 10:30 **STEM CELLS ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Β. Ζουμπουρλής, Ε. Ρίζος**

1. «Νέες προσεγγίσεις για την θεραπεία του καρκίνου αξιοποιώντας τις ισχυρές αντικαρκινικές ιδιότητες των μεσεγχυματικών βλαστικών κυττάρων της γέλης του Wharton». **Μ. Γουλιελμάκη.**
2. «Ιστορική αναδρομή στη χρήση των επαγόμενων πολυδύναμων βλαστικών κυττάρων (iPSCs) στη θεραπεία ασθενειών με έμφαση στις Νευροεκφυλιστικές Διαταραχές». **Κ. Γεωργαδάκη, Μ. Μαργαρίτη.**

> Αίθουσα BALLROOM II / 2<sup>ο</sup> Τραπέζι

10:30 – 12:00 **ΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ:  
ΝΕΟΙ ΜΟΡΙΑΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΜΟΝΤΕΛΑ ΜΕΛΕΤΗΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Λ. Στεφανής, Ε. Κατσαντώνη**

1. «Η επίδραση των συνάψεων στην εκφύλιση των κινητικών νευρώνων στην Πλαγία Μυατροφική Σκλήρυνση» **Λ. Ζαγοραίου.**
2. «Μηχανισμοί μετάδοσης παθολογίας στις νευροεκφυλιστικές νόσους». **Κ. Βεκρέλλης.**
3. “Μηχανισμοί διατήρησης της ομοιόστασης των πρωτεϊνών κατά την γήρανση και νευροεκφυλιστικές ασθένειες”. **Π. Συντυχάκη.**
4. «Η σημασία της δικτυακής λειτουργίας του εγκεφάλου στην φυσιολογία και την παθολογία». **Ε. Σκαλιόρα.**

12:00 – 12:30 **Διάλειμμα – Καφές**

> Αίθουσα BALLROOM I / 3<sup>ο</sup> Τραπέζι

12:30 – 14:00 **ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Λ. Στεφανής, Ι. Karakis**

1. «Αντιπαρκινσονικά Φάρμακα και Ψυχοπαθολογία» **Λ. Στεφανής.**
2. «Ψυχογενείς μη Επιληπτικές Κρίσεις» **Ι. Karakis.**
3. «Όψιμη Δυσκινησία. Θεραπευτικές επιλογές». **Χ. Τουλούμης.**
4. «Εξελιξείς στη μέθοδο της Διακρανιακής Μαγνητικής Διέγερσης και στην εφαρμογή στις Νευροεπιστήμες». **Μ. Στεφάνου.**

> Αίθουσα BALLROOM I / 4<sup>ο</sup> Τραπέζι

14:30 – 16:00 **ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.  
ΜΙΑ ΑΜΦΙΔΡΟΜΗ ΑΙΤΙΩΔΗΣ ΣΧΕΣΗ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Ι. Παρίσης, Ε. Ρίζος, Α. Γεωργοπούλου**

- 1 «Καρδιακή Ανεπάρκεια και Κατάθλιψη. Επιδημιολογικά δεδομένα - Μηχανισμοί». **Ι. Παρίσης.**
2. «Διαταραχές Γνωστικών Λειτουργιών στην Καρδιακή Ανεπάρκεια. Θεραπευτικοί χειρισμοί». **Λ. Φουντουλάκη.**
3. «Κατάθλιψη στην Καρδιακή Ανεπάρκεια. Θεραπευτικοί χειρισμοί». **Ε. Ρίζος.**

> Αίθουσα BALLROOM I / 5<sup>ο</sup> Τραπέζι

16:00 – 18:00 **ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Χ. Παπαγεωργίου, Μ. Οικονόμου, Γ. Μαθιανάκης**

1. «Το στίγμα που περιβάλλει την ψυχική νόσο. Διαχρονική και σύγχρονη πρόκληση» **Μ. Οικονόμου**
2. «Πολυπολιτισμικό Στίγμα. Εμπειρία από 3 διαφορετικές χώρες». **Κ. Τσαμάκης**
3. «Οι Ψυχιατρικοί Βιολογικοί Παράγοντες – Βιοδείκτες ως παράγοντες μείωσης του στίγματος των Ψυχικών Διαταραχών» **Ε. Ρίζος.**

18:00 – 18:30 **Διάλειμμα – Καφές**



> Αίθουσα BALLROOM I / 6<sup>ο</sup> Τραπέζι

18:30 – 20:30 **Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΩΣ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Ε. Γλύκατζη-Αρβελέρ, Ε. Ρίζος, Ι. Παλλήκαρης**

1. «Η Ιατρική ως ανθρωπιστική επιστήμη» **Ε. Γλύκατζη-Αρβελέρ**
2. Το Πανεπιστήμιο Των Ορέων – μια παρέμβαση ευτυχίας στις ορεινές κοινότητες, **Ι. Παλλήκαρης**
3. «Η αίσθηση και η αντίληψη της ευτυχίας στους ειδικούς πληθυσμούς των ορέων» **Ι. Παλλήκαρης, Ν. Νικολακάκης.**

> Αίθουσα BALLROOM I

20:30 – 21:30 **Τελετή έναρξης – Χαιρετισμοί – Τιμητική Βράβευση της Ακαδημαϊκού – Πρυτάνεως του Πανεπιστημίου Σορβόνης Ε. Γλύκατζη-Αρβελέρ**

20:30 – 20:45 **Προσφωνήσεις – Χαιρετισμοί**

20:30 – 20:45 **Χαιρετισμοί:**

Χαιρετισμός από τον Πρόεδρο της Διεθνούς Εταιρείας Έρευνας της Αλληλεπίδρασης Ψυχικών και Σωματικών Νοσημάτων (ΔΕΕΑΛΨΥΣΩΝ), Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, κ. **Εμ. Ρίζο.**

Χαιρετισμός από τον Πρόεδρο ΔΕ Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου τ. Πρύτανη Πανεπιστημίου Κρήτης, Καθηγητή Χειρουργικής Ογκολογίας κ. **Ο. Ζώρα.**

Χαιρετισμός από τον Καθηγητή Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, κ. **Χ. Παπαγεωργίου**

Χαιρετισμός από τον Καθηγητή Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, κ. **Α. Δουζένη**

Χαιρετισμός από τον Αντιπρόεδρο της ΔΕΕΑΛΨΥΣΩΝ, Καθηγητή Καρδιολογίας ΕΚΠΑ, κ. **Ι. Παρίση.**

20:45 – 21:15 **Εναρκτήρια Ομιλία** από τον Ομότιμο Καθηγητή Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, πρώην Πρόεδρο του International College of Psychosomatic Medicine κ. **Γ.Ν. Χριστοδούλου** με τίτλο: «Ψυχοσωματική Ιατρική: Ο χώρος συνάντησης Ψυχής και Σώματος».

21:15 **Τιμητική Βράβευση της Ακαδημαϊκού – Πρυτάνεως του Πανεπιστημίου Σορβόνης Ε. Γλύκατζη-Αρβελέρ.**

21:30 **Δεξίωση Υποδοχής**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2019

> Αίθουσα ΑΛΚΥΟΝΗ / 7<sup>ο</sup> Τραπέζι

9:00 – 10:30 **ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΔΙΟΥΡΗΤΙΚΗ ΟΡΜΟΝΗ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Δ. Βλαχάκος, Μ. Πέππα.**

1. «Ουραιμία και ψυχοπαθολογία». **Δ. Βλαχάκος.**
2. «Αντιψυχωσικά φάρμακα και ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Διαφορική διάγνωση υπονατριαιμίας επί εδάφους ψυχογενούς πολυδιψίας και SIADH». **Σ. Γιαννούτσος.**
3. «Κλοζαπίνη και υπονατριαιμία. Παρουσίαση περιστατικού. Θεραπευτικές οδηγίες». **Ι. Κοκκοτού.**

> Αίθουσα ΑΛΚΥΟΝΗ / 8<sup>ο</sup> Τραπέζι

10:30 – 12:00 **ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΨΥΧΩΣΗ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΙ Η ΠΙΘΑΝΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΑΠΟΠΤΩΤΙΚΗ ΣΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Κ. Κυλιντηρέας, J. Tsoporis.**

1. «Πρόδρομη φάση της Σχιζοφρένειας. Ο ρόλος των κυτοκινών». **Χ. Γερασίου.**
2. «Πρόδρομη Σχιζοφρένεια και απόπτωση» **J. Tsoporis.**
3. «Απομυελινωτικές νόσοι και ψύχωση: κοινοί τόποι και σύγχρονοι προβληματισμοί». **Ο. Γιωτάκος.**

12:00 – 12:30 **Διάλειμμα – Καφές**

> Αίθουσα ΑΛΚΥΟΝΗ / 9<sup>ο</sup> Τραπέζι

12:30 – 14:00 **ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ. ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Σ. Κρασσανάκης, Δ. Φωτόπουλος, Σ. Χρηστίδη**

1. «Το ψυχο-σώμα της εξάρτησης. Μια ψυχοσωματική θεώρηση του εξαρτητικού φαινομένου». **Σ. Κρασσανάκης.**
2. «Επιπτώσεις της χρήσης του Διαδικτύου στους εφήβους». **Νεότερα δεδομένα». Σ. Χρηστίδη.**
3. «Προγράμματα σωματικής απεξάρτησης από οπιούχα. Ψυχολογικές και σωματικές συνιστώσες. Το παράδειγμα της Μονάδας Σωματικής Αποτοξίνωσης του Πολυδύναμου Κέντρου του Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα». **Λ. Ηλιοπούλου.**
4. «Η θέση της Συμβουλευτικής στην πρόληψη κατά των Εξαρτήσεων». **Ε. Γεωργουλοπούλου.**



> Αίθουσα ΑΛΚΥΟΝΗ / 10<sup>ο</sup> Τραπέζι

15:00 – 16:30 **ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ – ADHD ΕΝΗΛΙΚΩΝ – ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Ι. Γιαννοπούλου, Π. Τριανταφυλλίδου**

1. «ADHD. Συνέχεια και ασυνέχεια. Από την προσχολική ηλικία στην ενήλικη ζωή». **Ι. Γιαννοπούλου.**
2. «Εθισμός σε ουσίες στην εφηβεία». **Δ. Πετριλής.**
3. «Η προωρότητα ως παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης νευροψυχιατρικών διαταραχών». **Π. Τριανταφυλλίδου.**
4. «Το θεατρικό παιχνίδι, μέσον ανίχνευσης και έκφρασης των ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων του παιδιού» **Α. Μοτζολή.**

> Αίθουσα ΑΛΚΥΟΝΗ / 11<sup>ο</sup> Τραπέζι

16:30 – 18:00 **ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ. ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Ι. Λιάππας, Θ. Παπαρηγόπουλος**

1. «Επιδημιολογικά δεδομένα της Ψυχιατρικής Συννοσηρότητας με τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ» **Ε. Μέλλος.**
2. «Ψυχιατρική Συννοσηρότητα και Διαταραχή χρήσης αλκοόλ: Αιτιοπαθογενετικοί μηχανισμοί». **Δ. Παντελεάκης.**
3. «Ψυχιατρική Συννοσηρότητα και Διαταραχή χρήσης αλκοόλ: Θεραπευτικές προσεγγίσεις». **Ε. Πέππας.**

18:00 – 18:30 **Διάλειμμα – Καφές**

> Αίθουσα ΑΛΚΥΟΝΗ / 12<sup>ο</sup> Τραπέζι

18:30 – 20:30 **ΤΟ ΑΡΡΩΣΤΟ ΣΩΜΑ ΚΑΙ Ο ΨΥΧΙΣΜΟΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Κ. Ασημακόπουλος**

1. «Τα γονίδια, η σωματική νόσος και η σκέψη». **Σ. Σαββόπουλος.**
2. «Άμορφοι διάλογοι ψυχισμού και σώματος. Ρήξεις και μεταλλάξεις από το ελάχιστο στο σύνολο της σωματοψυχικής οντότητας». **Ι. Κλεώπας.**



ΣΑΒΒΑΤΟ 30 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2019

> Αίθουσα BALLROOM I / 13<sup>ο</sup> Τραπέζι

08:45 – 10:00 **ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Δ. Κόντης, Γ. Παπαδόπουλος**

1. «Η Γνωστική Αποκατάσταση στις Σωματικές Διαταραχές». **Δ. Κόντης**
2. «Η Αξιολόγηση των Γνωστικών Ελλειμάτων στις Σωματικές και Ψυχικές Διαταραχές και το Πρόγραμμα Γνωστικής Αποκατάστασης “Μελέτη”». **Α. Ανδρεοπούλου.**
3. «Μελέτη Εφικτότητας του Προγράμματος Γνωστικής Αποκατάστασης “Μελέτη” πέραν των Ψυχικών Διαταραχών». **Φ. Λουκή, Α. Γιαννούλης.**

> Αίθουσα BALLROOM I / 14<sup>ο</sup> Τραπέζι

10:00 – 11:30 **Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΑ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Ν. Χριστοδούλου, Κ. Ασημακόπουλος**

1. «Η διασυνδεδετική ψυχιατρική στην πρωτοβάθμια υγεία: Αξιολόγηση πιλοτικής υπηρεσίας στο Ηνωμένο Βασίλειο» **Ν. Χριστοδούλου**
2. «Διασυνδεδετική Ψυχιατρική. Χώρος συνάντησης ψυχής και σώματος» **Κ. Ασημακόπουλος.**
3. «Μεταμόσχευση και ζωντανοί δότες νεφρού: Ψυχιατρικές προεκτάσεις και νεότερα δεδομένα». **Β. Γαλάνη.**
4. «Η συμβολή της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής στην σύγχρονη και πολυδιάστατη αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου». **Ε. Ρίζος.**

11:30 – 12:00 **Διάλειμμα – Καφές**

> Αίθουσα BALLROOM I / 15<sup>ο</sup> Τραπέζι

12:00 – 14:00 **ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ. ΝΕΥΡΟΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Ch. Mueller, Κ. Τσαμάκης**

1. «Parkinson’s spectrum Disorders and Neuropsychiatric symptoms in Dementia» **Ch. Mueller.**
2. «Ψυχιατρική συννοσηρότητα στο σύνδρομο Tourette: Μια θεραπευτική πρόκληση» **Ζ. Κεφαλοπούλου.**
3. « Η Αντιμικροβιακή Υπόθεση της τύπου Alzheimer Άνοιας και η πιθανή συσχέτιση με Ψυχιατρικές Διαταραχές». **Γ. Βαβουγιός.**
4. «Άνοιες με σωμάτια Lewy – Ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις». **Γ. Δερβενούλας.**



## > Αίθουσα BALLROOM I

14:00 – 15:00 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Κ. Ασημακόπουλος, Ο. Γιωτάκος, Ε. Γκόγκα.**

01. «Μιτοχονδριακό DNA και Μείζονες Ψυχιατρικές Διαταραχές. Επικαιροποίηση βιβλιογραφίας». **Γ. Κουρτέσης, Α. Παρασχάκης.** Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «ΔΑΦΝΙ», Αθήνα.
02. «Αλλεργικές παθήσεις και ψυχογενείς παράγοντες. Μια πιλοτική μελέτη» **Κ. Παναγιωτοπούλου,** Κέντρο Υγείας Ηλιούπολης.
03. «Stress και αντίσταση στην ινσουλίνη» **Α. Χατζηνικολάου,** Ιατρική Σχολή Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης.
- 04 «Το νευρωνικό υπόστρωμα του άγχους και η συσχέτισή του με την εμφάνιση σωματικής συννοσηρότητας» **Π. Τηλελής,** Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
05. «Οι επιπτώσεις του Ινσουλινοεξαρτώμενου Διαβήτη Τύπου Ι στην ψυχική υγεία των ασθενών» **Ο. Ανδρεοπούλου,** Ιατρική Σχολή Παν/μίου Πατρών

## > Αίθουσα BALLROOM I / 16<sup>ο</sup> Τραπέζι

15:00 – 16:30 **ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.  
ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Α. Ελέζογλου, Β. Παπαδάκος.**

1. «Διαμόρφωση Νοσητικών Αντιλήψεων». **Α. Ελέζογλου.**
- 2 «Νευροψυχιατρικός Συστηματικός Ερυθρηματώδης Λύκος» **Α. Φανουριάκης.**
3. «Ινομαλγία: Οργανική ή Ψυχική Νόσος;». **Ε. Καλαβρή.**
4. «Φλεγμονώδεις αρθρίτιδες». **Ε. Θεότικος.**

## > Αίθουσα BALLROOM I / 17<sup>ο</sup> Τραπέζι

16:30 – 18:30 **ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟ STRESS:  
ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Ε. Palazidou, Ι. Κακίσης.**

1. «An overview of the pathophysiology of depression» **Ε. Palazidou.**
2. «Η κατάθλιψη ως παράγοντας κινδύνου για αγγειακή νόσο». **Ι. Κακίσης.**
3. «Μυοκαρδιοπάθεια σχετιζόμενη με stress. Σύνδρομο Takotsubo» **Α. Τριανταφύλλης.**
4. «Ο κύκλος του stress στην εκδήλωση και υποτροπή της αλλεργικής νόσου». **Κ. Παναγιωτοπούλου.**

18:30 – 19:00 **Διάλειμμα – Καφές**

> Αίθουσα BALLROOM I / 18<sup>ο</sup> Τραπέζι

19:00 – 21:00 **ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΧΡΟΝΙΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.  
Ο ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΣΧΗΜΑΤΩΝ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Ν. Παρίτσης, Α. Κουμαριανού, Ν. Καβαντζάς**

1. «Ψυχοσωματική του καρκίνου, παράδειγμα συμβολής της ψυχολογικής αιτιολογίας και θεραπείας» **Ν. Παρίτσης.**
2. «Καρκίνος του μαστού και κατάθλιψη. Επιδημιολογικά δεδομένα», **Α. Κουμαριανού.**
3. «Καρκίνος του μαστού, κατάθλιψη και γνωσιακές λειτουργίες». **Α. Παπαναστασίου.**
4. «Διαταραχή Μετατραυματικού stress σε ογκολογικούς ασθενείς». **Β. Κουμαντάκη.**

**ΣΑΒΒΑΤΟ 30 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2019**

> Αίθουσα ΑΛΚΥΟΝΗ / 19<sup>ο</sup> Τραπέζι

9:00 – 10:30 **Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ STRESS ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ  
ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Χ. Παπαγεωργίου, Δ. Παναγόπουλος.**

1. «Χρόνιος κνησμός. Συσχέτιση με χρόνια stress. Μηχανισμοί και συννοσηρότητες» **Χ. Τσαμάκης.**
2. «Ψωρίαση και Ψυχιατρικές διαταραχές. Ο ρόλος της φλεγμονής». **Κ. Θεοδωρόπουλος.**
3. «Μελέτη των Βιοδεικτών στο stress. Συσχέτιση με κλινικές παραμέτρους». **Δ. Παναγόπουλος.**

> Αίθουσα ΑΛΚΥΟΝΗ / 20<sup>ο</sup> Τραπέζι

10:30 – 11:30 **STEM CELLS ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ –  
ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ. ΜΙΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Ρ. Μάτσα, Α. Κεφαλάς.**

1. «Ο ρόλος των stem cells στη μελέτη και θεραπεία των Νευροεκφυλιστικών Διαταραχών». **Ρ. Μάτσα.**
2. «Κβαντικός εγκέφαλος και μνήμη. Μύθος ή πραγματικότητα;». **Α. Κεφαλάς.**

11:30 – 12:00 **Διάλειμμα – Καφές**



### > Αίθουσα ΑΛΚΥΟΝΗ / 21<sup>ο</sup> Τραπέζι

12:00 – 14:00 **ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ, ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ, ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΘΗΝΣΙΜΟΤΗΤΑ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Κ. Φουντουλάκης, Χ. Τουλούμης, Σ. Κοκόρη.**

1. «Αντιψυχωσικά φάρμακα και θνησιμότητα». **Κ. Φουντουλάκης.**
2. «Υπερπρολακτιναιμία σε ψυχιατρικό πεδίο, αντιμετώπιση» **Χ. Τουλούμης.**
3. «Σχιζοφρένεια και Διαταραχές πηκτικότητας. Ο ρόλος των Αντιψυχωσικών Φαρμακευτικών Παραγόντων» **Α. Παρασάκης.**
4. Αντιψυχωσικά Φάρμακα και Μεταβολικό Σύνδρομο. Νεότερα δεδομένα» **Α. Μαρή.**
5. «Αντιψυχωσικά και διαταραχές θερμορύθμισης». **Ι. Τόλλος.**

### > Αίθουσα ΑΛΚΥΟΝΗ / 22<sup>ο</sup> Τραπέζι

14:00 – 15:30 **ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ: ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Κ. Μπονώτης, Σ. Καραουλάνης.**

1. «Είναι η Σχιζοφρένεια πολυσυστηματική Νόσος;». **Κ. Μπονώτης.**
2. «Προσδόκιμο ζωής στους πάσχοντες από Σχιζοφρένεια». **Σ. Καραουλάνης.**
3. «Η μελέτη των γνωστικών λειτουργιών στα πλαίσια της διαστασιακής προσέγγισης των διαταραχών του σχιζοφρενικού φάσματος». **Π. Μάλλιαρης.**
4. «Ο ρόλος του εντερικού μικροβιώματος στη Σχιζοφρένεια». **Α. Κωνσταντίνου.**

### > Αίθουσα ΑΛΚΥΟΝΗ / 23<sup>ο</sup> Τραπέζι

15:30 – 17:00 **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΙ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Ε. Παπαδαυίδ, Δ. Μπούμπας**

1. «Παθοφυσιολογία της ψωρίασης και ψυχιατρικές εκδηλώσεις». **Κ. Λαμπαδάκη.**
2. «Επίδραση των ψυχιατρικών εκδηλώσεων στην θεραπεία της ψωρίασης». **Ε. Καπνιάρη.**
3. «Εμπειρία από το Ιατρείο Ψωρίασης της Β' Δερματολογικής Κλινικής του ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ». **Ο. Ευθυμίου.**

> Αίθουσα ΑΛΚΥΟΝΗ / 24° Τραπέζι

17:00 – 18:30 **ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Κ. Τριανταφύλλου, Ε. Ρίζος**

1. «Το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο ανάπτυξης του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου». **Κ. Τριανταφύλλου.**
2. «Κατάθλιψη και εντερικό μικροβίωμα. Ο ρόλος της έντερο-επαγόμενης φλεγμονής στην εμφάνιση καταθλιπτικών εκδηλώσεων». **Ι. Τόλλος.**
3. «Αλληλεπίδραση ψυχοφαρμακολογικών παραγόντων και εντερικού μικροβιώματος». **Σ. Κυμπουρόπουλος.**

18:30 – 19:00 **Διάλειμμα – Καφές**

> Αίθουσα ΑΛΚΥΟΝΗ / 25° Τραπέζι

19:00 – 20:45 **ΝΕΥΡΟΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.  
Ο ΡΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ  
ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Σ. Χατζιωάννου, Ν. Σμυρλής, Μ. Καλλέργη.**

1. «Νευροαπεικόνιση. Βασικά δεδομένα απεικόνισης του εγκεφάλου». **Μ. Καλλέργη.**
2. «Απεικονιστικά ευρήματα με Μαγνητικό Συντονισμό Εγκεφάλου και συσχέτιση με νευροφλεγμονή και ψυχιατρικά συμπτώματα». **Δ. Στεφάνου.**
3. «Η PET απεικόνιση της νευροφλεγμονής στην νευροεκφύλιση. Γενικές αρχές». **Ε. Αλευρούδης**

> Αίθουσα ΑΛΚΥΟΝΗ

20:45 – 21:30 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Μ. Καλλέργη, Β. Σπινάρης, Ν. Νικολακάκης**

**P1. «Η παχυσαρκία ως ψυχοσωματική νόσος. Ψυχοσωματικοί παράγοντες»  
Δ. Τσίλιας<sup>1</sup>, Ε. Σταματοπούλου<sup>2</sup>**

1. Νοσηλεύτριας MSc, Κλινική Παιδιατρική και Νοσηλευτική Έρευνα Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών, Π. & Α. Κυριακού
2. Νοσηλεύτρια ΓΝΑ ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Member PCRS-UK



- P2 «Μελέτη περίπτωσης ομάδας διαβητικών ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II και συνδυασμένη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση»  
**Φ. Μπακομήτρου<sup>1,2</sup>, Σ. Μπούσπουλας<sup>2</sup>, Π. Τζάνε<sup>1</sup>, Δ. Γουργουρέλας<sup>2</sup>, Ε. Μπενίδης<sup>2</sup>, Π. Γεωργακόπουλος<sup>2</sup>, Π. Στράτος<sup>2</sup>, Γ. Μαθιανάκης<sup>1</sup>**  
1. Ψυχιατρικός Τομέας Γ.Ν.Ν. «Άγιος Παντελεήμων»  
2. Γ' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Ν. «Άγιος Παντελεήμων» Διαβητολογικό Κέντρο
- P3 «Η επίδραση του στρες και του άγχους στα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ)» **Γ. Λυράκος<sup>1,2</sup>, Β. Σπινάρης<sup>1</sup>**  
1. Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων» Ψυχιατρικός Τομέας, Νίκαια Πειραιάς  
2. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Ψυχολογίας της Υγείας City Unity College - Cardiff MU
- P4 «Συστηματική ανασκόπηση της επίδρασης των ψυχικών παραγόντων στις ΙΦΝΕ» **Γ. Λυράκος<sup>1,2</sup>, Σ. Αλικανιώτη<sup>1</sup>, G. Seboin<sup>1</sup>, Μ. Καρβέλη<sup>1</sup>, Β. Σπινάρης<sup>1</sup>**  
1. Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Άγιος Παντελεήμων» Ψυχιατρικός Τομέας, Νίκαια Πειραιάς  
2. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Ψυχολογίας της Υγείας City Unity College - Cardiff MU
- P5 «Μετανάστευση και ο κίνδυνος της Σχιζοφρένειας» **Α. Μπαρμπαρή, Ειδικ. Ψυχίατρος, 4ο Ψυχιατρικό Τμήμα Εισαγωγών ΨΝΑ «Δαφνί»**
- P6 «Η πρόληψη της αυτοκτονίας σε ασθενείς με κατάθλιψη και Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν και σε ασθενείς υψηλού κινδύνου με την ίδια διάγνωση με τη συμπερίληψη της οικογένειάς τους» **Γ. Πίκουλας<sup>1</sup>, Ε. Σουλιώτη<sup>2</sup>**  
1. Αξιωματικός Ψυχολόγος ΕΛΑΣ,  
2. Κλινική Ψυχολόγος.

## ΣΑΒΒΑΤΟ 30 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2019

> Αίθουσα ΛΕΥΚΟΘΕΑ / 26<sup>ο</sup> Τραπέζι

9:00 – 10:30 **ΙΟΙ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Ν. Σιαφάκας, Ε. Ρίζος, Β. Σπινάρης**

1. «Ιογενείς λοιμώξεις και Σχιζοφρένεια» **Ε. Ρίζος**
2. «Ενδογενείς Ρετροϊοί και Νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις» **Ν. Σιαφάκας**
3. «HIV λοίμωξη και Ψυχιατρικές Εκδηλώσεις, απότοκες προσβολής του ΚΝΣ». **Α. Μαυρόματος.**

> Αίθουσα ΛΕΥΚΟΘΕΑ

10:30 – 11:30 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Δ. Κόντης, Δ. Τσακλακίδου, Ο. Σίττα**

- S1. «Διαταραχές χρήσης ουσιών και Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική θεραπεία (CBT)», **Μ. Φιστέ,** Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ) Δρομοκαΐτειο.

- S2. «Διερεύνηση στάσεων του Προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου σε ασθενείς με πρόσφατη αυτοκτονική απόπειρα». **Ε. Γεραγώπη**  
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Χαϊδάρι, Αθήνα.
- S3. «Μητρικός Δεσμός σε κακοποιημένες μητέρες» **Σ. Γιαννοπούλου**,  
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
- S4. «Η Υπέρταση ως Ψυχοσωματική Νόσος» **Χ. Ιστίκογλου<sup>1</sup>, Ι. Ριζάβας<sup>2</sup>,  
Σ. Πιτσιλινάκος<sup>3</sup>, Κ. Σωτηρέλλος<sup>3</sup>**  
1. Ψυχιατρικό Τμήμα Γ.Ν. Κωνσταντοπούλειο, Ν. Ιωνίας Πατησίων  
2. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Ψ.Ν.Α  
3. Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κωνσταντοπούλειο, Ν. Ιωνίας Πατησίων
- S5. «Η Επίδραση της Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας και της Μεθόδου της Ενσυνειδητότητας στην Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας». **Γεωργία Δημ. Στρατάκου**, Ψυχολόγος, M.Res, University of Birmingham, MBACP (reg.), Σπάρτη.

11:30 – 12:00 **Διάλειμμα – Καφές**

> Αίθουσα ΛΕΥΚΟΘΕΑ / 27<sup>ο</sup> Τραπέζι

12:00 – 13:30 **ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Γ. Παπαδημητρίου, Κ. Τσαμάκης, Α. Πρίμπα**

1. «Επιδημιολογία της Αυτοκτονικότητας». **Ε. Δραγκιώτη.**
2. «ΗΡΑ Άξονας – φλεγμονή – stress – κατάθλιψη – αυτοκτονικότητα»  
**Η. Περόγαμβρος.**
3. «Αυτοκτονικότητα και ΜΜΕ – Social Media». **Κ. Τσαμάκης.**

> Αίθουσα ΛΕΥΚΟΘΕΑ / 28<sup>ο</sup> Τραπέζι

13:30 – 15:00 **ΜΕ ΑΦΟΡΜΗ ΜΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΓΝΩΜΟΣΥΝΗ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ  
ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Ι. Μιχόπουλος, Χ. Τουλούμης, Κ. Φουντουλάκης**

1. «Περιγραφή Περίπτωσης/Προσωπικές παρατηρήσεις».  
**Κ. Φουντουλάκης, Α. Δουζένης.**
2. «Ερευνητικά ερωτήματα». **Κ. Φουντουλάκης.**
3. «Διαμόρφωση Ερευνητικού Πρωτοκόλλου, Παρορμητικότητα,  
Ενσυναίσθηση, Σχιζοτυπία, Προσωπικότητα». **Α. Δουζένης.**



> Αίθουσα ΛΕΥΚΟΘΕΑ / 29<sup>ο</sup> Τραπέζι

15:00 – 16:30 **ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Α. Δουζένης, Κ. Φυτόπουλος**

1. «Αξιολόγηση της ψυχοπαθολογίας ασθενών από διαφορετικό πολιτισμικό πλαίσιο σε σχέση με τον επαγγελματία υγείας». **Α. Παπαδοπούλου.**
2. «Ο ρόλος της επικοινωνίας στην Διαπολιτισμική Ψυχιατρική». **Ι. Θεοδωρίδου.**
3. «Στίγμα - Μετανάστευση - Ψυχική Διαταραχή. Παρουσίαση Περιστατικού». **Α. Καρβούνη, Μ. Πιστικού, Ε. Μπιρλή.**
4. «Ολιστική Ιατρική και Ψυχοσωματικές παθήσεις, μια απόπειρα σύγκλισης και ο ρόλος των συναισθημάτων». **Κ. Φυτόπουλος.**

> Αίθουσα ΛΕΥΚΟΘΕΑ / 30<sup>ο</sup> Τραπέζι

16:30 – 18:00 **ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ STRESS – ΝΕΩΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Γ. Δημητριάδης, Ε. Ρίζος, Ν. Πρίμπας**

1. «Διαταραχή Μετατραυματικού Stress - Νεώτερα δεδομένα - Θεραπεία». **Γ. Δημητριάδης.**
2. «Μετατραυματικό Stress – Νευροβιολογία της Διαταραχής». **Θ. Βλάχος.**
3. «Διαταραχή Μετατραυματικού Stress και Αυτοάνοσα Νοσήματα». **Κ. Γοργίλη.**

18:30 – 19:00 **Διάλειμμα – Καφές**

> Αίθουσα ΛΕΥΚΟΘΕΑ / 31<sup>ο</sup> Τραπέζι

19:00 – 20:30 **ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΟΝ ΕΘΙΣΜΟ ΣΕ ΟΥΣΙΕΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Μ. Μαλλιώρη, Γ. Παναγής, Δ. Φωτόπουλος**

1. «Κατανοώντας και παρεμβαίνοντας στον εθισμό: Από τα γονίδια στον εγκέφαλο και τη συμπεριφορά». **Γ. Παναγής.**
2. «Μείωση βλάβης: Ενδείξεις, αποτελέσματα και προκλήσεις για το μέλλον». **Δ. Φωτόπουλος.**
3. «Χρειαζόμαστε ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στον εθισμό σε ουσίες;». **Σ. Λαϊνάς.**



ΚΥΡΙΑΚΗ 1 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2019

> Αίθουσα BALLROOM I / 32° Τραπέζι

9:00 – 10:30 **ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟ STRESS. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ – ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ – ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Γ. Τσιβγούλης, Ι. Κακίσης, Σ. Κοκόρη**

- 1 «Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια. Νεότερα επιδημιολογικά δεδομένα»  
**Γ. Τσιβγούλης**
- 2 «Stress και Καρδιοαγγειακά Νοσήματα. Βιολογικοί δείκτες»  
**Δ. Παναγόπουλος.**
- 3 «Κατάθλιψη και μικροσυχαιμική Νόσος- απεικονιστικοί δείκτες»  
**Α. Παπαδόπουλος, Κ. Παλαισάνος.**
- 4 «ΚΚαρδιοαγγειακά Νοσήματα και Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία (CBT)» **Μ. Φιστέ.**

> Αίθουσα BALLROOM / 33° Τραπέζι

10:30 – 12:00 **ΟΤΑΝ Η ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΑΝΤΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Λ. Ραλλίδης, Ε. Ρίζος**

- 1 «Μακροχρόνια χορήγηση στατινών. Περιμένουμε δυσάρεστες εκπλήξεις από το ΚΝΣ;». **Λ. Ραλλίδης.**
- 2 «Στεφανιαία Νόσος και Κατάθλιψη. Είναι μια αμφίδρομη σχέση;».  
**Π. Προκόπης.**
- 3 «Εγκέφαλος και καρδιά. Μια στενή παραμελημένη σχέση». **Γ. Χαριτάκης.**
- 4 «Τι πρέπει να γνωρίζει ο Καρδιολόγος από τον ψυχιατρικό ασθενή;».  
**Δ. Τσαρτσάλης.**

12:00 – 12:30 **Διάλειμμα – Καφές**

> Αίθουσα BALLROOM I / 34° Τραπέζι

12:30 – 13:30 **ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΟΡΓΑΝΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Α. Μπονάκης, Α Δελίδης**

1. «Δυσοσμίες. Επιληπτικό φαινόμενο - Ψυχολογικοί Συντελεστές»  
**Α. Μπονάκης**
2. «Ψυχογενής Βαρηκοία» **Α. Δελίδης.**
3. «Διαταραχές Κατάποσης και Συναισθηματικές εκδηλώσεις»  
**Ι. Καλογεράκης**



> Αίθουσα BALLROOM I / 35<sup>ο</sup> Τραπέζι

13:30 - 14:30 **ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Α. Παρασχάκης, Ε. Γιαννιτσιώτη**

1. «Νόσος Lyme, Βρουκέλλωση, Σύφιλη και ψυχοπαθολογικές Εκδηλώσεις» **Ε. Γιαννιτσιώτη**
2. «Νοσήματα του Αναπνευστικού και Ψυχιατρική Συννοσηρότητα. Ψυχιατρικές επιπλοκές σχετιζόμενες με φάρμακα θεραπείας αναπνευστικών παθήσεων και ψυχιατρικά σύνδρομα που μιμούνται πνευμονολογικές παθήσεις» **Μ. Γαμβρούδη.**
3. «Αντιψυχωτικά και Πνευμονία. Μια αγνοημένη σχέση». **J. Taulant.**

> Αίθουσα ΑΛΚΥΟΝΗ / 36<sup>ο</sup> Τραπέζι

9:00 - 10:30 **ΔΥΣΦΟΡΙΑ ΦΥΛΟΥ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Μ. Πέππα, Π. Φερεντίνος**

1. «Ανάπτυξη Γονάδων σε άρρεν και θήλυ» **Π. Μπεκιαρίδου.**
2. «Άρρεν και θήλυ. Ερμαφροδιτισμός – Ψευδοερμαφροδιτισμός». **Ι. Μαυροειδή.**
3. «Ψυχολογικό Φύλο. Ευαλωτότητα – Συννοσηρότητες» **Μ. Κρανιά**
4. «Διαταραχές Φύλου. Θεραπευτικές παρεμβάσεις». **Μ. Πέππα.**

> Αίθουσα ΑΛΚΥΟΝΗ / 37<sup>ο</sup> Τραπέζι

10:30 - 12:00 **ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Κ. Βουμβουράκης, Σ. Τσιόδρας**

1. «Νευροφλεγμονή και ΚΝΣ». **Κ. Θωμάς.**
2. «Βιοδείκτες μη ειδικής φλεγμονής». **Δ. Κίτσος**
3. «Λοιμώξεις και ψυχοπαθολογία». **Κ. Βαρδάκας**
4. «Βιοδείκτες ειδικής φλεγμονής». **Δ. Καραγεωργόπουλος**

12.00 - 12.30 **Διάλειμμα – Καφές**

> Αίθουσα ΑΛΚΥΟΝΗ / 38° Τραπέζι

12.30 – 14.00 **ΟΡΜΟΝΕΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ: **Σ. Παπαγεωργίου, Μ. Πέππα.**

1. «Ορμόνες και Σχιζοφρένεια. Συσχετίσεις τεστοστερόνης, κορτιζόλης και προλακτίνης με την ψυχοπαθολογία σε ασθενείς πρώτου επεισοδίου»  
**Ε. Δασκαλοπούλου.**
2. «Ο ρόλος της Περιγεννητικής λοίμωξης της μητέρας στην εκδήλωση Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών στο παιδί» **Χ. Γκίκας, Β. Λάγαρη**
3. «Ο ρόλος των ορμονών του stress στην Άνοια» **Ι. Χελιώτη**

> Αίθουσα BALLROOM I

14.30 – 15.00 **ΤΕΛΕΤΗ ΛΗΞΗΣ ΑΠΟΝΟΜΗ ΒΡΑΒΕΙΩΝ  
ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗΣ  
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**



- Karakis I.** Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας, EMORY, GEORGIA, USA.
- Mueller Ch.** Clinical Lecturer in Old Age Psychiatry. Dpt of Old Age Psychiatry, Institute of Psychiatry Psychology and Neuroscience. South London and Meudsley NHS Foundation Trust.
- Palazidou E.** Ψυχίατρος, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Λευκωσίας, Κύπρος.
- Taulant J.** Ειδικ. Ψυχιατρικής ΨΝΑ «ΔΑΦΝΙ»
- Tsororis J.** Division of Cardiology, Department of Medicine, Keenan Research Centre, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, University of Toronto, Canada.
- Αλευρούδης Ε.** Ακαδημαϊκός Υπότροφος ΕΚΠΑ, Β Εργαστήριο Ακτινολογίας, Μονάδα Πυρηνικής Ιατρικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Αρβελέρ-Γλύκατση Ε.** Ακαδημαϊκός - Πρύτανης Πανεπιστημίου Σορβόνης.
- Ασημακόπουλος Κ.** Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Πατρών.
- Ανδρεοπούλου Α.** Ψυχολόγος, ΨΝΑ «ΔΑΦΝΙ».
- Βαβουγιός Γ.** Ειδικ. Νευρολογίας, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Επιστημονικός Συνεργάτης Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
- Βαρδάκας Κ.** Παθολόγος MD, PhD.
- Βεκρέλλης Κ.** Ερευνητής Β, ΙΙΒΕΑΑ.
- Βλαχάκος Δ.** Καθηγητής Νεφρολογίας ΕΚΠΑ.
- Βλάχος Θ.** Ψυχίατρος, Επιμελητής 251 ΓΝΑ.
- Βουμβουράκης Κ.** Καθηγητής Νευρολογίας ΕΚΠΑ, Διευθυντής Β΄ Νευρολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Γαλάνη Β.** Ψυχίατρος, Ψυχοθεραπεύτρια, Επιμελήτρια Τμήματος Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής, Πανεπιστημίου Γενεύης.
- Γαμβρούδη Μ.** Πνευμονολόγος Δ/τρια Πνευμονολόγος ΤΕΠ Νοσοκομείου «ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ-ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ»
- Γερασίμου Χ.** Ειδικ. Ψυχιατρικής, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Γεωργαδάκη Κ.** Βιολόγος, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, ΕΙΕ.
- Γεωργοπούλου Ε.** Ψυχίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Ψυχιατρική Κλινική, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης
- Γεωργουλοπούλου Ε.** Ψυχολόγος, ΟΚΑΝΑ
- Γιαννιτσιώτη Ε.** Παθολόγος-Λοιμωξιολογος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Δ΄ Παθολογική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Γιαννοπούλου Ι.** Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Ινστιτούτο Ψυχιατρικής του Λονδίνου
- Γιαννούλης Α.** Ειδικ. Ψυχιατρικής, ΨΝΑ «ΔΑΦΝΙ».
- Γιαννούτσος Σ.** Επιμελητής Β΄ Ειδικός Ενδοκρινολόγος, Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Γιωτάκος Ο.** τ. Διευθυντής Ψυχίατρος, 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Πρόεδρος «ΑμΚΕ ΟΜΠΡΕΛΑ»
- Γκίκας Χ.** Ειδικ. Ψυχίατρος, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Γκόγκα Ε.** Καθηγήτρια Ογκολογίας ΕΚΠΑ, Α΄ Παθολογική Κλινική Νοσοκομείο «ΛΑΪΚΟ».

- Γοργίλη Κ.** Ψυχολόγος Msc, Διακλαδικό Κέντρο Υγείας Ενόπλων Δυνάμεων.
- Γουλιελμάκη Μ.** Βιολόγος, Μονάδα Βιοϊατρικών Εφαρμογών Ινστιτούτο Χημικής Βιολογίας, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, ΕΙΕ.
- Δασκαλοπούλου Ε.** Ψυχίατρος, Επιστημονική Συνεργάτης Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο.
- Δελίδης Α.** Επίκουρος Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας ΕΚΠΑ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Δερβενούλας Γ.** Νευρολόγος, Lily Safra Clinical Research Fellow Lead Clinical Specialist in Neurology, Neurogeneration Imaging Group King's College, London, UK.
- Δημητριάδης Γ.** Ψυχίατρος – Ψυχοθεραπευτής, Στρατιωτικός Ιατρός.
- Δουζένης Α.** Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Διευθυντής Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Πρόεδρος της Ελληνικής Ψυατροδικαστικής Εταιρίας
- Δραγκιώτη Ε.** Ψυχολόγος, Λέκτορας Επιδημιολογίας Πανεπιστημίου Στοκχόλμης, Σουηδία.
- Ελέζογλου Α.** Ρευματολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείον Βούλας».
- Ευθυμίου Ο.** Δερματολόγος, Β΄ Δερματολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Ζαγοραίου Λ.** Ερευνήτρια Γ΄, ΙΙΒΕΑΑ.
- Ζουμπουρλής Β.** Ερευντής Α΄ Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Διευθυντής Ερευνών Βιολογικού – Βιοχημικού και Βιοτεχνολογικού Ινστιτούτου, ΕΙΕ.
- Ζώρας Ο.** τ. Πρύτανης Πανεπιστημίου Κρήτης, Καθηγητής Χειρουργικής Ογκολογίας
- Ηλιοπούλου Λ.** Ψυχίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»
- Θεοδωρίδου Ι.** Ψυχολόγος, Msc Psy, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Θεοδωρόπουλος Κ.** ΕΒ΄, Β΄ Δερματολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Θεότικος Ε.** ΕΒ΄, Ρευματολόγος, Ρευματολογικής Κλινικής Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας.
- Θωμάς Κ.** Παθολόγος-Εξειδικευμένος Λοιμώξεων, Δ΄ Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ» .
- Καβαντζάς Ν.** Καθηγητής Παθολογικής Ανατομικής, Α΄ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ»
- Καρβούνη Α.** Νοσηλεύτρια, Msc Τμήμα Διασυνδετικής Ψυχιατρικής, Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ» .
- Κρανιά Μ.** ΕΒ΄ Ενδοκρινολόγος, Δ΄ Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Λαμπαδάκη Κ.** Δερματολόγος, ΕΒ΄, Β΄ Δερματολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Καλαβρή Ε.** ΕΒ΄, Ρευματολόγος, Ρευματολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας.
- Καλογεράκης Ι.** Επιμελητής ΩΡΛ, Ν.Ν.Α.
- Καπνιάρη Ε.** Δερματολόγος, Β΄ Δερματολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Καζαντζόγλου Α.** Δερματολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης ΕΚΠΑ.
- Κακίσης Ι.** Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής ΕΚΠΑ., ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Καλλέργη Μ.** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρικής Απεικόνισης και Ακτινοθεραπείας, Τμήμα Μηχανικών Βιοϊατρικής Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.
- Καραγεωργόπουλος Δ.** Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Δ΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Καραουλάνης Σ.** Ψυχίατρος ΕΑ΄, Ψυχιατρικής Κλινικής ΠΓΝ Λάρισας.



- Κατσαντώνη Ε.** Βιολόγος, Ερευνήτρια Γ΄, ΙΙΒΕΑΑ.
- Κεφαλάς Α.** Φυσικός, Διευθυντής Ερευνών, ΕΙΕ.
- Κεφαλοπούλου Ζ.** Νευρολόγος, Ιατρική Σχολή Πάτρας.
- Κίτσος Δ.** Νευρολόγος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος ΕΚΠΑ, Β΄ Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Κλεώπας Ι.** Νευροψυχολόγος-Ψυχαναλυτής, Εργαστήριο Ψυχοπαθολογίας & Ψυχολογίας της Υγείας, Πάντειο Πανεπιστήμιο
- Κοκόρη Σ.** Επίκουρη Καθηγήτρια Αιματολογίας ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Κοκκοτού Ι.** Ειδ.κ. Ενδοκρινολογίας Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Κόντης Δ.** Συντονιστής Διευθυντής Ψυχίατρος, 4ο Ψυχιατρικό Τμήμα Εισαγωγών & Μονάδα Γνωστικής Αποκατάστασης, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.
- Κορρές Γ.** Ωτορινολαρυγγολόγος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος, Β΄ Πανεπιστημιακή ΩΡΛ ΕΚΠΑ.
- Κουμαντάκη Ε.** Κλινικός Ψυχολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ.
- Κουμαριανού Α.** Παθολόγος, Ογκολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Δ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική. Π.Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Κρανιά Μ.** Επιμελήτρια Ενδοκρινολόγος, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική. Π.Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Κρασανάκης Σ.** Ψυχίατρος. Δραματοθεραπευτής, Διδάσκων ΕΚΠΑ.
- Κυλινηρέας Κ.** Καθηγητής Νευρολογίας-Νευροανατομολογίας ΕΚΠΑ, Α΄ Νευρολογική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο
- Κυμπουρόπουλος Σ.** Ψυχίατρος ΕΒ΄, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Ευρωβουλευτής ΝΔ.
- Κωνσταντίνου Α.** Ψυχίατρος, Πανεπιστημιακός Υπότροφος Ψυχιατρικής Κλινικής Π.Γ.Ν Λάρισας.
- Λάγαρη Β.** Διευθύντρια Ψυχιατρικού Τομέα, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια», Ψυχιατρική Κλινική
- Λαϊνιάς Σ.** Ψυχολόγος, PhD, Αναπλ. Επιστημονικός Υπεύθυνος Προγραμμάτων Προαγωγής Αυτοβοήθειας Α.Π.Θ.
- Λαμπαδάκη Κ.** ΕΒ΄, Β΄ Δερματολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Λιάππας Ι.** Καθηγητής Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Επιστημονικός υπεύθυνος του προγράμματος ΄ΑΘΗΝΑ
- Λουκή Φ.** Ειδ.κ. Ψυχιατρικής, ΨΝΑ «ΔΑΦΝΙ».
- Μαθιανάκης Γ.** Συντονιστής Διευθυντής Ψυχίατρος, Ψυχιατρικός Τομέας ΓΝΝΠ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΟΝ»
- Μακρής Γ.** Ειδ. Ψυχιατρικής, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Μάλλιαρης Π.** Ψυχίατρος ΕΒ΄, Ψυχιατρικής Κλινικής Γ.Ν. Καρδίτσας Πανεπιστημιακός Υπότροφος Ψυχιατρικής Κλινικής Π.Γ.Ν. Λάρισας.
- Μαλλιώρη Μ.** Ομότιμη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο.
- Μαργαρίτη Μ.** Βιολόγος, Ινστιτούτο Παστέρ.
- Μαρή Α.** Ειδ.κ. Ψυχιατρικής, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ».

- Μάτσα Ρ.** Βιολόγος, Ινστιτούτο Παστέρ.
- Μαυρόματος Α.** Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Μαυροειδή Ι.** Ειδικ. Ενδοκρινολόγος, Δ΄ Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Μέλλος Ε.** Ψυχίατρος, Ψυχοθεραπευτής, Πρόγραμμα ΑΘΗΝΑ Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Αιγινήτειο.
- Μιχόπουλος Ι.** Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Μοτζολή Α.** Δρ. Θεατρολογίας, Σκηνοθέτης, Θεατροπαιδαγωγός Καλλιτεχνικός Δ/ντής Θεάτρου Ημέρας.
- Μπακόσης Γ.** Καρδιολόγος, Β΄ Καρδιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Μπεκιάρη Ι. Α.** Ειδικ. Ενδοκρινολόγος, Δ΄ Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Μπιρλή Ε.** Ψυχολόγος «Θριάσιο» Νοσοκομείο
- Μπονάκης Α.** Επίκουρος Καθηγητής Νευρολογίας ΕΚΠΑ, Β΄ Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Μπονώτης Κ** Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής, Π.Γ.Ν Λάρισας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.
- Μπούμπας Δ** Καθηγητής Παθολογίας – Ρευματολογίας ΕΚΠΑ, Διευθυντής Δ΄ Παθολογικής Κλινικής, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Νικολακάκης Ν.** Ψυχίατρος, Διευθυντής ΟΚΑΝΑ
- Οικονόμου Μ.** Καθηγήτρια Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ.
- Παλαιοπάνος Κ.** 6ετής Φοιτητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών, ΕΚΠΑ
- Παλλήκαρης Ι.** Καθηγητής Οφθαλμολογίας Ιατρικής Σχολής Κρήτης.
- Παρίσης Ι.** Καθηγητής Καρδιολογίας, Β΄ Καρδιολογική Κλινική, ΕΚΠΑ ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Παρίσης Ν.** Ομότιμος καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Παν. Κρήτης, τ. Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής Παν. Κρήτης, π.Πρόεδρος European Systems Union, Διευθυντής «4 year Program of Training in Systems Therapy», Society of Systems Therapy and Intervention on Individuals, Families and Larger Systems
- Παναγιωτοπούλου Κ.** Αλλεργιολόγος, ΚΥ «Ηλιοπούλης».
- Παναγής Γ.** Καθηγής Βιοψυχολογίας, Τμήμα Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης
- Παναγόπουλος Δ.** Μοριακός Βιολόγος, MBA, DBA, Ph.D.
- Παντελεάκης Δ.** Ψυχίατρος, Πρόγραμμα ΑΘΗΝΑ, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Αιγινήτειο».
- Παπαγεωργίου Σ.** Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας ΕΚΠΑ. Β΄ Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Παπαγεωργίου Χ .** Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Διευθυντής Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής, Αιγινήτειο Νοσοκομείο.
- Παπαδάκος Β.** Διευθυντής Ρευματολογικής Κλινικής Γ.Ν.Ευαγγελισμός.
- Παπαδαυίδ Ε.** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Δερματολογίας ΕΚΠΑ, Διευθύντρια Β΄ Δερματολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Παπαδημητρίου Γ.** Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής, ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο
- Παπαδόπουλος Γ.** Διευθυντής Ψυχίατρος ΚΨΥ «Αγ. Αναργύρων».
- Παπαδόπουλος Α.** 6ετής Φοιτητής Ιατρικής Σχολής Αθηνών, ΕΚΠΑ



- Παπαδοπούλου Α.** ΕΑ΄ Ψυχίατρος, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Παπαναστασίου Α.** Ειδίκ. Ψυχιατρικής, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Παπαρηγόπουλος Θ.** Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Νοσοκομείο «Αιγινήτειο»
- Παρασχάκης Α.** ΕΑ΄, Ψυχίατρος ΨΝΑ «ΔΑΦΝΙ».
- Παρίσης Ι.** Καθηγητής Καρδιολογίας ΕΚΠΑ, Β΄ Καρδιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Περόγαμβρος Η.** Ενδοκρινολόγος MD, PhD, Διδάκτωρ και Επιστημονικός Συνεργάτης University of Manchester.
- Πετριλής Δ.** Ψυχολόγος, Υπεύθυνος Μονάδας Εφήβων ΟΚΑΝΑ.
- Πέππα Μ.** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας ΕΚΠΑ. Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Πέππας Ε.** Ψυχίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης Αιγινήτειου Νοσοκομείου, Πρόγραμμα ΑΘΗΝΑ.
- Πιστικού Μ.** Κοινωνική Ανθρωπολόγος, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Πνευματικός Σ.** Καθηγητής Ορθοπαιδικής ΕΚΠΑ, Διευθυντής Ε΄ Ορθοπαιδικής Κλινικής, Νοσοκομείο ΚΑΤ.
- Πρίμπα Α.** Δικηγόρος Αθηνών.
- Πρίμπας Ν.** Αξιωματικός Π.Σ.
- Προκόπης Π.** Γενικός Ιατρός MSc.
- Ραλλίδης Λ.** Καθηγητής Καρδιολογίας ΕΚΠΑ, Β΄ Καρδιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Ρίζος Ε.** Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Σαββόπουλος Σ.** Ψυχίατρος, Ψυχαναλυτής.
- Σιαφάκας Ν.** Βιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Μικροβιολογίας ΕΚΠΑ, Εργαστήριο Κλινικής Μικροβιολογίας, ΕΚΠΑ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Σίττα Ο.** Γενικός Ιατρός MSc.
- Σκαλιόρα Ε.** Ερευνήτρια Γ΄, ΙΙΒΕΑΑ.
- Σμυρνής Ν.** Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο.
- Σπινάρης Β.** Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ» Ψυχιατρικός Τομέας
- Στεφανής Λ.** Καθηγητής Νευρολογίας ΕΚΠΑ, Διευθυντής Α΄ Νευρολογικής Κλινικής, Αιγινήτειο Νοσοκομείο.
- Στεφάνου Δ.** Ειδίκ. Ακτινολογίας, Ακτινολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ευαγγελισμός.
- Στεφάνου Μ.** Νευρολόγος, Department of Neurology & Stroke And Hertie – Institute for Clinical Brain Research Eberhard – Karls University of Tübingen Germany.
- Συνταχάκη Π.** Ερευνήτρια Γ΄, ΙΙΒΕΑΑ.
- Τόλλος Ι.** Ειδίκ. Ψυχιατρικής, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ».



- Τουλούμης Χ.** Διευθυντής Ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΗΣ.
- Τριανταφύλλης Α.** Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ, Γενικό Νοσοκομείο «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ» Βούλας.
- Τριανταφυλλίδου Π.** Παιδιάτρος Νεογνολόγος. Πιστοποιημένη Σύμβουλος Γαλουχίας. IBCLC Master of Science. Υποψήφια διδάκτωρ Παν. Αθηνών. ΕΑ΄, Μ.Ε.Ν. Νεογνών ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Τριανταφύλλου Κ.** Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας ΕΚΠΑ.
- Τσακλακίδου Δ.** Ψυχίατρος Διευθύντρια ΕΣΥ, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Τσαρτσάλης Δ.** Επιμελητής Α΄, Καρδιολόγος Καρδιολογική Κλινική ΠΓΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΝ».
- Τσαμάκης Κ.** Ψυχίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Τσαμάκης Χ.** Δερματολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Β΄ Δερματολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Τσιόδρας Σ.** Καθηγητής Παθολογίας-Λοιμώξεων ΕΚΠΑ, Δ΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Τσιβγούλης Γ.** Καθηγητής Νευρολογίας ΕΚΠΑ, Β΄ Νευρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Φανουριάκης Α.** Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ, Ρευματολογική Κλινική, Γ.Ν. «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ» Βούλας.
- Φερεντίνος Π.** Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Φιστέ Μ.** Ψυχολόγος MSc, PhD.Med., ΨΝΑ Δρομοκαϊτείο, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Aegean College
- Φουντουλάκη Α.** Καρδιολόγος, Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείο «ΘΡΙΑΣΙΟ».
- Φουντουλάκης Κ.** Καθηγητής Ψυχιατρικής ΑΠΘ.
- Φυτόπουλος Κ.** Ψυχίατρος Ομοιοπαθητικός Ιατρός.
- Φωτόπουλος Δ.** Ψυχίατρος, Αντιπρόεδρος ΟΚΑΝΑ.
- Χαριτάκης Γ.** Καρδιολόγος.
- Χατζηπαγγελάκη Ε.** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας Σακχαρώδη Διαβήτη Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική – Μονάδα Έρευνας Διαβητολογικό Κέντρο. Πανεπιστημιακό ΓΝΑ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αντιπρόεδρος Ελληνικής Ακαδημίας Διαβήτη.
- Χατζιωάννου Σ.** Καθηγήτρια Πυρηνικής Ιατρικής ΕΚΠΑ, Β΄ Ακτινολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Χελιώτη Ι.** Ενδοκρινολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».
- Χρηστίδη Σ.** Ψυχίατρος, Δ/ντρια Μονάδας Απεξάρτησης 18 Άνω, ΨΝΑ
- Χριστοδούλου Γ.** Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ.
- Χριστοδούλου Ν.** Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου NOTTINGHAM, Consultant Psychiatrist. Γενικό Νοσοκομείο. Nottingham, UK

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ:** Παρασκευή 29, 30 Νοεμβρίου 2019 & Κυριακή 1 Δεκεμβρίου 2019.

**ΤΟΠΟΣ:** Ξενοδοχείο ELECTRA PALACE Ναυάρχου Νικοδήμου 18, Πλάκα, Αθήνα.

**ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ:** Η τελετή έναρξης του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί την Παρασκευή 29 Νοεμβρίου 2019 στην κεντρική αίθουσα BALLROOM II και ώρα 20.30.

**ΕΚΘΕΣΗ:** Κατά την διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών και ιατρικών προϊόντων για την ενημέρωση των συμμετεχόντων.

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ & ΕΓΓΡΑΦΕΣ:** [www.psychosomaticmed.com](http://www.psychosomaticmed.com)

**ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ:** ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ Δ.Ε.Ε.ΑΛ.ΨΥ.ΣΩ.Ν.) Δ.Τ. "ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ"

INTERNATIONAL SOCIETY FOR RESEARCH OF INTERPLAY BETWEEN MENTAL AND SOMATIC DISORDERS (I.S.R.I.M.S.D.)  
[www.psychosomaticmed.com](http://www.psychosomaticmed.com) • [congr@psychosomaticmed.com](mailto:congr@psychosomaticmed.com)

**ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ** Congress World Event Travel EE. | T: 210 7210052 |  
E: [congr@psychosomaticmed.com](mailto:congr@psychosomaticmed.com)

**ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ:** Το πιστοποιητικό παρακολούθησης θα αποστέλεται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου μετά τη λήξη του Συνεδρίου. Στο Συνέδριο θα χορηγηθούν 21 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD Credits).

**ΕΠΙΣΗΜΗ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ:** [www.psychosomaticmed.com](http://www.psychosomaticmed.com)

**ΕΓΓΡΑΦΕΣ:** Ειδική φόρμα προεγγραφής βρίσκεται στην ιστοσελίδα του Συνεδρίου στην ενότητα Νέα-Συνέδρια. Εγγραφές θα γίνονται σε όλη την διάρκεια του Συνεδρίου από την ειδική γραμματεία στο χώρο του Συνεδρίου.

### **ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ:**

Ιατροί ειδικοιμένοι .....	70,00€
Ιατροί ειδικοιόμενοι.....	50,00€
Λοιπά επαγγέλματα .....	40,00€
Προπτυχιακοί φοιτητές.....	20,00€

### **ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ:**

- Παρακολούθηση εργασιών του Συνεδρίου
- Παραλαβή της τσάντας και του υλικού του Συνεδρίου
- Παραλαβή κονκάρδας & πρόγραμμα Συνεδρίου
- Παραλαβή πιστοποιητικού παρακολούθησης (κατόπιν συμπλήρωσης του απαραίτητου χρόνου παρακολούθησης).
- Καφέ στα διαλείμματα
- Συμμετοχή στη Δεξίωση Υποδοχής

### **ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ:**

- Παρακολούθηση εργασιών του Συνεδρίου
- Παραλαβή κονκάρδας & πρόγραμμα Συνεδρίου
- Παραλαβή πιστοποιητικού παρακολούθησης (κατόπιν συμπλήρωσης του απαραίτητου χρόνου παρακολούθησης).
- Καφέ στα διαλείμματα

**ΝΟΜΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ:** Οι οργανωτές καθώς και το γραφείο οργάνωσης του Συνεδρίου δεν έχουν καμία ευθύνη για προσωπική βλάβη ή απώλειες οποιασδήποτε φύσεως στους συμμετέχοντες, τα συνoda μέλη ή για καταστροφή, απώλεια και κλοπή των προσωπικών τους αντικειμένων.

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΟΜΕΝΩΝ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΩΝ ΒΛΑΣΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ (iPSCs) ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΙΣ ΝΕΥΡΟΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

**Κατερίνα Γεωργαδάκη, Μαρία Μαργαρίτη, Μαρία Γουλιελμάκη, Ιωάννης Χριστοδούλου και Βασίλης Ζουμπουρλής**

Ινστιτούτο Χημικής Βιολογίας (ΙΧΒ), Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (ΕΙΕ), Λεωφ. Βασ. Κωνσταντίνου 48, 11635 Αθήνα, Ελλάδα

Η ανακάλυψη των επαγόμενων πολυδύναμων βλαστικών κυττάρων (iPSCs) πριν από μισό αιώνα ανέδειξε έναν μοριακό μηχανισμό επαναπρογραμματισμού. Η αρχική δημιουργία των iPSC από πλήρως διαφοροποιημένα κύτταρα που πραγματοποιήθηκε από την ομάδα του Yamanaka (2006), αποτέλεσε μια επανάσταση στο χώρο της βιολογίας και της ιατρικής. Έκτοτε iPSCs δημιουργούνται από ένα ευρύ φάσμα κυτταρικών τύπων, αλλά και ειδών, γεγονός που υποδηλώνει την καθολικότητα του μοριακού μηχανισμού.

Η ικανότητα επαναπρογραμματισμού σωματικών κυττάρων, τόσο με τη χρήση ιικών φορέων όσο και με άλλες μεθόδους γενετικής μηχανικής, έχει καταστήσει τα iPSCs ιδανικά συστήματα προσομοίωσης ασθενειών. Έτσι, μετά από λήψη σωματικών κυττάρων από τον ασθενή έχουμε τη δημιουργία και, συνακόλουθα, τη διαφοροποίησή τους σε συγκεκριμένο κυτταρικό τύπο, στον οποίο εκφράζεται η νόσος. Με αυτό τον τρόπο είναι δυνατή η μοντελοποίηση της νόσου αλλά και η εξαγωγή εξατομικευμένων συμπερασμάτων για τον κάθε ασθενή. Η τεχνική αυτή έχει εφαρμοστεί για τη μελέτη πολλών ασθενειών όπως η νόσος Αλτσχάιμερ και η νόσος Πάρκινσον.

## ΝΕΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ: ΑΞΙΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΤΙΣ ΙΣΧΥΡΕΣ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΜΕΣΕΓΧΥΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΣΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΤΗΣ ΓΕΛΗΣ ΤΟΥ WHARTON

**Μαρία Γουλιελμάκη (Υποψήφια Διδάκτωρ ΔΠΘ), Ιωάννης Χριστοδούλου, Βασίλειος Ζουμπουρλής**

Ινστιτούτο Χημικής Βιολογίας (ΙΧΒ), Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (ΕΙΕ), Λεωφ. Βασ. Κωνσταντίνου 48, 11635 Αθήνα, Ελλάδα

Τα μεσεγχοματικά βλαστικά κύτταρα (MSC) έχουν διακριτά χαρακτηριστικά, όπως υψηλό ρυθμό πολλαπλασιασμού και δυνατότητα διαφοροποίησης προς πολλαπλούς κυτταρικούς τύπους, και μπορούν να απομονωθούν τόσο από ενήλικους, όσο και από εμβρυϊκούς ιστούς.<sup>1</sup> Επιπλέον, τα MSC μεταναστεύουν προς θέσεις ανάπτυξης όγκων, όπου αλληλεπιδρούν με το τοπικό μικροπεριβάλλον, μία ιδιότητα που τα καθιστά εξαιρετικά κατάλληλους υποψήφιους για χρήση σε πρωτόκολλα κυτταροθεραπείας του καρκίνου. Βασιζόμενοι σε δημοσιευμένες ερευνητικές εργασίες, πραγματοποιήσαμε μία μικρή κλίμακα μετα-ανάλυση και με βάση τις παρατηρήσεις και συμπεράσματα που προέκυψαν, αξιολογήσαμε τις παρακρινικές επιδράσεις διαφόρων πληθυσμών MSC στον πολλαπλασιασμό και στην επιβίωση επιλεγμένων καρκινικών κυτταρικών σειρών που αντιπροσωπεύουν διαφορετικούς καρκινικούς τύπους *in vitro* και *in vivo*.<sup>2</sup> Στη συνέχεια, εξετάσαμε το μεταγράφημα δύο εκ των τεσσάρων κυτταρικών σειρών με μικροσυστοιχίες RNA προκειμένου να μελετήσουμε τις σηματοδοτικές οδούς και τα ρυθμιστικά δίκτυα που εμπλέκονται στην παρατηρούμενη αντικαρκινική δραστηριότητα. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της μετα-ανάλυσης οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η έκβαση των μεσολαβούμενων από MSC προσεγγίσεων κυτταροθεραπείας του καρκίνου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από διάφορες παραμέτρους. Επιπλέον, μπορέσαμε να επισημάσουμε ένα σύνολο βέλτιστων συνθηκών, για την επίτευξη της ογκοκατασταλτικής δράσης των MSC. Τα μεσεγχοματικά βλαστικά κύτταρα της γέλης του Wharton (WJ-MSC) βρέθηκαν να κατέχουν αξιοσημείωτη ογκοκατασταλτική συμπεριφορά, τόσο *in vitro* όσο και *in vivo*. Η ανάλυση του mRNA των καρκινικών κυττάρων αποκάλυψε μία σημαντική στοχο - εξάρτηση της έκβασης των επιδράσεων που επιδεικνύονται από τα MSC έναντι του καρκίνου, οι οποίες διαμεσολαβούνται από διαφορετικές οδούς.

<sup>1</sup>Weissman et al. *Annu Rev Cell Dev Biol.* 17:387-403, 2001

<sup>2</sup>Christodoulou et al. *Stem Cell Res Ther.* 9: 336, 2018.

*Η ερευνητική εργασία υποστηρίζεται από το Ελληνικό Ίδρυμα Έρευνας και Καινοτομίας (ΕΛ.ΙΔ.Ε.Κ.) και από τη Γενική Γραμματεία Έρευνας και Τεχνολογίας (ΓΓΕΤ), στο πλαίσιο της Δράσης «Υποτροφίες ΕΛΙΔΕΚ Υποψηφίων Διδακτόρων» (αρ. Σύμβασης 2400).*



## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΑΨΕΩΝ ΣΤΟΝ ΕΚΦΥΛΙΣΜΟ ΤΩΝ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΝΕΥΡΩΝΩΝ ΣΤΗΝ ΠΛΑΓΙΑ ΜΥΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

**Λασκαρώ Ζαγοραίου**

Ερευνήτρια Γ΄ Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών

Η Πλάγια Μυατροφική Σκλήρυνση (ΠΜΣ), γνωστή και ως Νόσος του Κινητικού Νευρώνα, είναι μια εκφυλιστική ασθένεια που φαίνεται να προκαλείται από αλληλεπιδράσεις γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που είναι υπεύθυνοι για την έναρξη και πρόοδο της νόσου δεν έχουν αποσαφηνιστεί, γεγονός που έχει αποτελέσει μεγάλο εμπόδιο στη μελέτη του τρόπου αντιμετώπισής της. Ορμώμενοι από άλλες διαταραχές του νευρικού συστήματος στις οποίες έχει παρατηρηθεί σοβαρή δυσλειτουργία των συνάψεων, η έρευνά μας εστιάζεται στο ρόλο των συνάψεων στην ΠΜΣ. Για το σκοπό αυτό μελετάμε πιθανή πρόωμη συναπτική δυσλειτουργία που ωθεί τον κινητικό νευρώνα σε εκφύλιση ή πιθανό προστατευτικό ρόλο των συνάψεων που καθυστερεί τον κυτταρικό θάνατο των κινητικών νευρώνων. Πιστεύουμε ότι η μελέτη του ρόλου των συνάψεων μπορεί να αποτελέσει τη βάση για στοχευμένες θεραπείες που θα προλαμβάνουν ή θα ανακόπτουν την εκφυλιστική διεργασία.

## ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΙΣ ΝΕΥΡΟΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ

**Κώστας Βεκρέλλης**

Ερευνητής Β΄ Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών Σωρανού του Εφεσίου 4, 11527, Αθήνα

Η α-συνουκλείνη είναι μια μικρή πρωτεΐνη που απαντάται κυρίως στις νευρικές απολήξεις. Βιοχημικές και γενετικές μελέτες έχουν συνδέσει το ρόλο της με την παθολογία της νόσου του Πάρκινσον. Η α-συνουκλείνη συσσωρεύεται και εναποτίθεται επιλεκτικά σε πρωτεϊνικά έγκλειστα, σωμάτια και νευρίτες Lewy, που αποτελούν το κύριο παθολογικό χαρακτηριστικό εύρημα στους ασθενείς με νόσο του Πάρκινσον καθώς και σε άλλες συνουκλείνοπάθειες. Η παρουσία αδιάλυτων πρωτεϊνικών εγκλείστων α-συνουκλείνης στα σωμάτια Lewy, θεωρείται το αποτέλεσμα μια διαδικασίας σταδιακής μετατροπής της μονομερούς α-συνουκλείνης σε αρχικά διμερείς και εν συνεχεία ινώδεις αδιάλυτες μορφές. Ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών έχει εστιάσει στην έκκριση και τη διακυτταρική μεταφορά των ινιδίων της α-συνουκλείνης, ως πιθανούς μηχανισμούς επαγωγής και διάδοσης της παθολογίας. Ο μηχανισμός που οδηγεί στην προοδευτική συσσώρευση της α-συνουκλείνης και το σχηματισμό των αμυλοειδών ινιδίων in vivo, παραμένει αδιευκρίνιστος. Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν επίσης ότι συγκεκριμένες μορφές της εξωκυττάριας α-συνουκλείνης εμπλέκονται στην εξέλιξη της παθολογίας της νόσου με μηχανισμούς prion. Ως εκ τούτου, είναι εύλογο ότι η απορρύθμιση των φυσιολογικών επιπέδων της εξωκυττάριας α-συνουκλείνης μπορεί να αποτελεί έναν αιτιολογικό παράγοντα κινδύνου στη νόσο του Πάρκινσον. Συνεπώς, η διαλεύκανση των υποκείμενων μηχανισμών που ρυθμίζουν τα επίπεδα της εξωκυττάριας α-συνουκλείνης γίνεται απαραίτητη.

## ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

**Πόπη Συντυχάκη**

Ερευνήτρια Γ΄ Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών, Σωρανού του Εφεσίου 4, 11527, Αθήνα

Η γήρανση είναι ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου για τις περισσότερες χρόνιες ασθένειες, με μείζον παράδειγμα αυτό των νευροεκφυλιστικών παθήσεων. Έτσι, καθώς το προσδόκιμο ζωής του ανθρώπου αυξάνεται συνεχώς, η έρευνα στο πεδίο της γήρανσης, που έχει σαν κύριο στόχο τη διατήρηση της καλής ποιότητας ζωής στα γηρατεία (ευζωία), αποκτά ιδιαίτερο βάρος. Μάλιστα, η επικρατούσα άποψη ισχυρίζεται ότι κατανοώντας και στοχεύοντας τους θεμελιώδεις μηχανισμούς της γήρανσης είναι δυνατή η πρόληψη ή τουλάχιστον η καθυστέρηση των ασθενειών αυτών. Βέβαια η γήρανση είναι ένα πολύπλοκο βιολογικό φαινόμενο που αφορά στην προοδευτική ανάπτυξη δυσλειτουργιών σε πολλά συστήματα του οργανισμού. Ωστόσο, έρευνες των τελευταίων 30 χρόνων σε διάφορα πειραματικά μοντέλα απέδειξαν ότι ο ρυθμός γήρανσης μπορεί να ρυθμιστεί από διάφορους γενετικούς, περιβαλλοντικούς ή διατροφικούς παράγοντες, που επηρεάζουν κύριες και εξελικτικά συντηρημένες κυτταρικές διεργασίες. Ανάμεσα σε αυτές, σημαντικό ρόλο έχει η διατήρηση της ομοιόστασης των πρωτεϊνών με τη βοήθεια μηχανισμών ποιοτικού ελέγχου της παραγωγής και αποικοδόμησής τους. Τέτοιοι μηχανισμοί καθορίζουν την τύχη των αγγελιοφόρων-RNA (mRNAs), τη μετάφραση

τους για τη σύνθεση πρωτεϊνών, αλλά και την επιδιόρθωση ή αποικοδόμηση των κατεστραμμένων ή μη-λειτουργικών πρωτεϊνών ώστε να αποφευχθεί ενδεχόμενη συσσωμάτωσή τους μέσα στα κύτταρα. Στο πλαίσιο αυτό, το εργαστήριό μας μελετά τον ρόλο κύριων παραγόντων των παραπάνω μηχανισμών στη διαδικασία της γήρανσης, χρησιμοποιώντας ως πειραματικό μοντέλο το νηματώδη σκόλληκα *Caenorhabditis elegans*. Έχοντας δημιουργήσει κατάλληλα γενετικά και μοριακά εργαλεία ερευνούμε την επίδραση της έλλειψης ή της ενίσχυσης της έκφρασης αυτών των παραγόντων στη διατήρηση της πρωτεϊνικής ομοιόστασης, τη διάρκεια ζωής του οργανισμού και την απόκρισή του σε συνθήκες στρες ή νευροεκφυλισμού.

## Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΚΤΥΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΤΗΝ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Ειρήνη Σκαλιόρα

Ερευνήτρια Γ΄ Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών Σωρανού του Εφεσίου 4, 11527, Αθήνα

Η πρόσφατη πρόοδος στη νευροβιολογία είναι εντυπωσιακή στα δύο ακραία επίπεδα ανάλυσης: τη μοριακή βιολογία νευρώνων και συνάψεων αφενός, και την απεικόνιση του εγκεφάλου αφετέρου. Τα επιστημονικά αυτά πεδία δίνουν πληροφορίες σε πολύ διαφορετικά επίπεδα: οι μοριακές προσεγγίσεις μελετούν τη δραστηριότητα μεμονωμένων μορίων, ενώ οι λειτουργικοί εγκεφαλικοί χάρτες αποκαλύπτουν τη συλλογική δραστηριότητα χιλιάδων νευρώνων. Το ερμηνευτικό χάσμα μεταξύ αυτών των δύο επιπέδων είναι ευρύ. Είναι επομένως απαραίτητο να μελετηθεί και το ενδιάμεσο επίπεδο ανάλυσης: η φυσιολογία των νευρωνικών δικτύων. Ο στόχος της ομιλίας μου θα είναι να περιγράψω μεθόδους καταγραφής και ανάλυσης της δυναμικής των εγκεφαλικών δικτύων σε ζωντανά μοντέλα. Τα πειράματα βασίζονται σε ένα *ex vivo* μοντέλο ενδογενούς δραστηριότητας του εγκεφάλου με τη μορφή αυθόρμητων ενεργοποιήσεων του δικτύου (*Up states*). Αυτό το φαινόμενο παρατηρείται *in vivo*, σε καταστάσεις ύπνου και ηρεμίας αλλά και *ex vivo* σε εγκεφαλικές τομές. Ως εκ τούτου θεωρείται η προεπιλεγμένη (*default*) δραστηριότητα του εγκεφαλικού φλοιού και αποτελεί ένα ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο προκειμένου να μελετήσουμε την λειτουργική συνδεσμολογία του εγκεφάλου και τους παράγοντες που την επηρεάζουν.

Εκτός από τις παραδοσιακές μονήρεις καταγραφές, θα παρουσιάσω και μια νέα μεθοδολογία που έχουμε αναπτύξει, όπου τα ηλεκτρικά σήματα καταγράφονται μέσω ταυτόχρονων παράλληλων ηλεκτροδίων από 60 σημεία, παρέχοντας υψηλή ανάλυση της νευρωνικής δραστηριότητας στον χώρο και στον χρόνο. Στη συνέχεια τα σήματα αναλύονται μέσω θεωρίας γράφων (*graph theory*) προκειμένου να χαρακτηρίσουμε την λειτουργική συνδεσιμότητα των νευρωνικών δικτύων με ένα μικρό αριθμό νευροβιολογικά ερμηνεύσιμων και εύκολα υπολογίσιμων μέτρων.

## ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΜΗ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ

Ιωάννης Καράκης,

Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας, Ιατρική σχολή Πανεπιστημίου Έμορου Ατλάντα, Η.Π.Α.

Οι ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις (ΨΜΕΚ) αποτελούν μία μορφή μετατρεπτικής διαταραχής που προσομοιάζει τις επιληπτικές κρίσεις (ΕΚ), χωρίς συνοδά παθολογικά ευρήματα στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ). Περίπου 15-20% από το 1% του πληθυσμού που αρχικά διαγιγνώσκεται με επιληψία, πάσχει αντ' αυτής από ΨΜΕΚ. Αντιστρόφως, 10-20% των ασθενών με ΕΚ πάσχουν και από ΨΜΕΚ. Η ακριβής παθογένεση των ΨΜΕΚ παραμένει συγκεχυμένη, μολονότι πρότερα στρεσογόνα βιώματα, ψυχιατρικές συννοσηρότητες και πρόσφατοι εκλυτικοί παράγοντες διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο. Διχογνωμία επικρατεί τόσο για το δόκιμο ορισμό των ΨΜΕΚ, όσο και για τις ηθικές προεκτάσεις τεχνικών πρόκλησης τους για διαγνωστικούς σκοπούς κατά τη διάρκεια ΗΕΓ καταγραφής που αποτελεί και τη διαγνωστική μέθοδο εκλογής. Αντιθέτως, άλλοι εργαστηριακοί και απεικονιστικοί βιοδείκτες έχουν περιορισμένη διαγνωστική χρησιμότητα. Τα βασικά συστατικά της διαχείρισης των ασθενών με ΨΜΕΚ είναι η έγκαιρη, συμπονετική αλλά και ρητή κοινοποίηση της διάγνωσης, η σύμπραξη του ασθενούς στο προτεινόμενο θεραπευτικό σχέδιο και η επακόλουθη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και των συνοδών ψυχιατρικών συννοσηροτήτων με φαρμακευτικά και ψυχοθεραπευτικά μέσα. Η πρόγνωση ποικίλλει και εξαρτάται από τη συντονισμένη δράση των γενικών γιατρών, νευρολόγων, ψυχιάτρων, ψυχοθεραπευτών και κοινωνικών λειτουργών. Στόχος της ομιλίας αυτής είναι η ανασκόπηση των πρόσφατων δεδομένων σχετικά με την επιδημιολογία, παθογένεση, διάγνωση και θεραπεία των ασθενών με ΨΜΕΚ, σε συνδυασμό με την ανακοίνωση της ερευνητικής συνεισφοράς στους τομείς αυτούς από τρέχουσες μελέτες στο δικό μας ακαδημαϊκό κέντρο του Πανεπιστημίου Έμορου των Η.Π.Α. Στα πλαίσια της προσπάθειας αυτής θα δοθεί έμφαση και στον κρυμμένο ασθενή των



οικογενειών των ασθενών που πάσχουν από ΨΜΕΚ, και δη το φροντιστή. Θα γίνει επίσης αναφορά σε σημεία αντιπαράθεσης στον τομέα των ΨΜΕΚ, καθώς και σε μελλοντικές ερευνητικές κατευθύνσεις.

### ΩΨΙΜΗ ΔΥΣΚΙΝΗΣΙΑ: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

**Τουλούμης Χαράλαμπος**

Διευθυντής Ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Η όψιμη δυσκινησία (TD) χαρακτηρίζεται από ακούσιες, επαναλαμβανόμενες και άσκοπες κινήσεις της γλώσσας, των χειλέων, της παρειάς, των άκρων, του κορμού (σπάνια του αναπνευστικού συστήματος), χορειοσθετωσικού χαρακτήρα, οι οποίες επέρχονται μετά την μακροχρόνια έκθεση σε νευροληπτικό. Αποτελεί ιατρογενή ανεπιθύμητη ενέργεια, η οποία προκαλεί στιγματισμό του ασθενούς, επηρεάζει αποφασιστικά την ποιότητα ζωής του και συνεπάγεται αυξημένη θνησιμότητα. Σαν παράγοντες κινδύνου για την διαταραχή έχουν αναφερθεί: η μεγάλη ηλικία, η αρνητικού τύπου συμπτωματολογία (Σχ), η διαταραχή της διάθεσης, ο σακχαρώδης διαβήτης (DM), η εμφάνιση σε οξεία φάση της υποκείμενης νόσου και στο πλαίσιο της αγωγής EPS, η Αφροαμερικανική εθνικότητα, η γνωσιακή έκπτωση, η κατάχρηση αλκοόλ / ουσιών και η HIV οροθετικότητα. Η αιτιοπαθογένεια της διαταραχής εξακολουθεί να μην είναι πλήρως αποσαφηνισμένη, ενώ η πρόγνωση της είναι δυσμενής.

Όσον αφορά την θεραπευτική αντιμετώπιση της TD, η πρόληψη της αποτελεί ουσιαστικό της στοιχείο, αφού δεν υφίσταται ακόμα και σήμερα gold standard θεραπεία. Τα προληπτικά μέτρα περιλαμβάνουν την επιβεβαίωση της ένδειξης χορήγησης χορήγησης αντιψυχωτικού (ΑΨ), την χρήση χαμηλών ΔΣ, νέων ουσιών (άτυπων) ή low potency ΑΨ, την ενημέρωση του ασθενούς/φροντιστού για τους κινδύνους πρόκλησης TD από την χρήση των ΑΨ και την χορήγηση ειδικής κλίμακας εκτίμησης της TD (κλίμακα AIMS) κατά την έναρξη του ΑΨ & ανά 3-6Μ μετά. Εν συνεχεία η επιβεβαίωση της διάγνωσης είναι απαραίτητη (αφού η διαφορική διάγνωση δεν είναι ευχερής και η συνύπαρξη άλλης κινητικού τύπου διαταραχής συχνή) και απαιτείται η χρήση ειδικών κριτηρίων –Schooler/Kane-. Αν η διάγνωση επιβεβαιωθεί, επιχειρείται η αλλαγή του ΑΨ (αν είναι κλασικό σε άτυπο και μετά δύο αποτυχημένες δοκιμές με άτυπο, η στροφή σε κλοζαπίνη) και η προοδευτική διακοπή του αντιχολινεργικού. Επειδή τα προηγούμενα σπάνια αποδίδουν ουσιαστικά, έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί πολλές ουσίες (ακεταζολαμίδη, βρωμοκρπτινή, θειαμίνη, βακλοφαίνη, Vit E, vit B6, selegiline, reserpine, melatonin, nifedipine, levetiracetam, γι-gan san, botox, a methyl DOPA) χωρίς να υφίσταται επαρκής τεκμηρίωση αποτελεσματικότητας. Κάποιες άλλες ουσίες (clonazepam, Gingo biloba, αμανταδίνη (έως 400mg/day), tetrabenazine), έδειξαν κάποια στοιχεία αποτελεσματικότητας και αποτέλεσαν την βάση (τετραβεναζίνη) για την ανάπτυξη νέων ουσιών, ήδη εγκεκριμένων από το FDA (Deutetrabenazine, Valbenazine) για την διαταραχή αυτή. Αναμένεται η κυκλοφορία των τελευταίων και στη χώρα μας

### PSYCHOGENIC NON EPILEPTIC SEIZURES

**Ioannis Karakis,**

MD, PhD, MSc, Associate Professor of Neurology, Emory University School of Medicine, Atlanta, U.S.A

Psychogenic non epileptic seizures (PNES) are a form of conversion disorder defined as paroxysmal episodes resembling epileptic seizures (ES) while lacking electroencephalographic (EEG) correlation. Of the 1% of the general population that are diagnosed with epilepsy, 5-20% have PNES instead. Conversely, 10-20% of patients with ES, also have PNES. There is still much uncertainty about the exact pathogenesis of PNES, although premorbid stressors and ongoing psychiatric comorbidity and triggers play an important role. There is also much debate on the appropriate definition for the disorder, as well as the use of induction maneuvers to provoke a spell. Video electroencephalography (vEEG) is considered the best diagnostic option in determining ES from PNES. Biomarkers have offered limited benefit in the diagnostic and investigational needs surrounding PNES. Key management approaches for PNES include timely, empathetic but assertive establishment and presentation of the diagnosis, engagement to treatment, followed by early and maintenance psychological and pharmacological management of the symptoms and the underlying comorbidities. Prognosis remains variable and depends on coordinated efforts of family physicians, psychiatrists, psychologists, neurologists and social workers. This lecture will review the current evidence on the epidemiology, pathogenesis, diagnosis and treatment of the PNES, adding research contributions from our own institution. As part of this, the key role of the secret patient in this family dysfunction, the primary caregiver, will be also highlighted. Areas of controversies and directions for future research will be also discussed.

## ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ

Εμμανουήλ Ρίζος MD, Ph.D

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική,  
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».

Πρόσφατες μελέτες έχουν καταδείξει σημαντική συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και καρδιακής ανεπάρκειας. Ειδικότερα η κατάθλιψη φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου, που αποτελεί την πιο βασική αιτία της καρδιακής ανεπάρκειας μιας δυνητικά σοβαρής και με υψηλό δείκτη θνητότητας ανάμεσα στους πάσχοντες.

Ανοσολογικοί μηχανισμοί φαίνονται να εμπλέκονται στην εκδήλωση τόσο της κατάθλιψης όσο και της καρδιακής ανεπάρκειας. Η κατάθλιψη αποτελεί την πιο συχνή αιτία νοσηρότητας σε πληθυσμό 20-45 ετών και προκαλεί λειτουργική έκπτωση λόγω των ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων της. Επιπρόσθετα η αύξηση του δείκτη αυτοκτονικότητας αλλά και επιβάρυνσης της πορείας της καρδιακής ανεπάρκειας καταδεικνύει την ανάγκη ολοκληρωμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Στην παρούσα ομιλία γίνεται αναφορά στις φαρμακευτικές κυρίως, αλλά και στις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Γίνεται αναφορά σε φαρμακοδυναμικούς και φαρμακοκινητικούς περιορισμούς αναφορικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με κατάθλιψη και καρδιακή ανεπάρκεια. Περισσότερες μελέτες είναι ανάγκη να πραγματοποιηθούν προκειμένου να αναδειχθούν ασφαλείς και αποτελεσματικές φαρμακευτικές και μη παρεμβάσεις, με νέους θεραπευτικούς αλγόριθμους, που θα αποτελούν ασφαλή γνώση για τους θεράποντες ιατρούς βελτιώνοντας συνεπώς την πρόγνωση, την πορεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια.

## ΟΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ – ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Εμμανουήλ Ρίζος MD, Ph.D

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».

Πρόσφατες μελέτες έχουν καταδείξει γενομικούς και μη γενομικούς ψυχιατρικούς βιολογικούς δείκτες κινδύνου (π.χ. γενομικούς παράγοντες, αιματολογικούς δείκτες, ογκομετρικές μεταβολές εγκεφαλικής φαιάς ουσίας κλπ). Οι συγκεκριμένοι προτεινόμενοι δείκτες μπορεί σύντομα να αποτελέσουν ισχυρό εργαλείο που θα οδηγήσει στην βελτίωση της ψυχιατρικής θεραπείας και πρόγνωσης των υποκειμένων ψυχιατρικών διαταραχών. Το υψηλό στίγμα των ψυχικών διαταραχών και οι αρνητικές συνέπειές του στην αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου, μπορεί να αλλάξει αναδεικνύοντας τις βιολογικές διαστάσεις των ψυχιατρικών διαταραχών αυξάνοντας έτσι τον δείκτη κοινωνικής αποδοχής. Τα νέα δεδομένα θα οδηγήσουν σε αλλαγές - βελτίωση της νομοθεσίας που θα μειώνουν το γενετικό στίγμα, απόστοκο των νέων γενετικών – γενομικών δεδομένων και βιολογικών δεικτών.

Οι νέοι γενομικοί και μη γενομικοί βιολογικοί δείκτες θα παρέχουν σημαντικές πληροφορίες αναφορικά με τον κίνδυνο στιγματισμού των ψυχικών διαταραχών και θα έχουν υψηλή προγνωστική αξία. Για να μεγιστοποιήσουμε τα κλινικά και κοινωνικά οφέλη των νέων δεδομένων, απαιτούνται συστηματικές και συνεχείς πολιτικές ενημέρωσης και εκπαίδευσης για την ψυχική νόσο, ενώ οι νέες νομοθεσίες θα πρέπει να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τους το «γενετικό στίγμα», που θα απορρέει από τα νέα γενετικά και μη γενετικά δεδομένα.

1. Yung A, Stanford C, Cosgrave E et al, 2006. Testing the ultra high risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. *Schizophrenic Research* 84(1):57-66.
2. Bharadwaj P, Pai M, Suziedelyta A (2017). Mental health stigma. *Economics Letters*, 159:57-60.

## ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑΣ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΠΟΛΥΔΙΨΙΑΣ ΚΑΙ ΣΙΑΔΗ

Σπυρίδων Γιαννούτσος

Επιμελητής Β ΕΣΥ Ενδοκρινολογίας, Β ΠΠΚ, ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ

Η υπονατρίαμια, αποτελεί μία από τις συχνότερες οντότητες στην καθημερινή κλινική πράξη, με αυξημένη επίπτωση ιδιαίτερα στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Ένα από τα συχνότερα αίτια είναι η χρήση πολλών τύπων ψυχοτρόπων φαρμάκων τα οποία σχετίζονται με το σύνδρομο απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης (ΣΙΑΔΗ). Επιπρόσθετα η υπονατρίαμια σχετίζεται με πολλές ψυχιατρικές διαταραχές (όπως ψυχογενής πολυδιψία, παραληρητικές διαταραχές, διαταραχές πρόσληψης τροφής καθώς και η ξηροστομία ως



παρενέργεια ψυχοτρόπων φαρμάκων). Όλα τα παραπάνω συνηγορούν στην πρόκληση της διαφοροδιαγνωστικής προσέγγισης, η οποία απαιτείται σε τέτοιες κλινικές περιπτώσεις. μίας τα βήματα της οποίας θα παρουσιάσουμε στην περίπτωση του ασθενούς μας

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΕΤΑΙ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**Ιωάννα Κοκκότου**

Ειδικευόμενη Ενδοκρινολογίας, Β΄ ΠΠΚ, ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ.

Η άνωθεν διαφοροραγνωστική προσέγγιση χρησιμοποιείται, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η υπονατρίαμία ενός ασθενούς που νοσηλεύθηκε στην Β΄ Ψυχιατρική κλινική του νοσοκομείου μας.

### ΤΟ ΨΥΧΟ-ΣΩΜΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ», ΜΙΑ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΞΑΡΤΗΤΙΚΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

**Στέλιος Κρασανάκης**

Ψυχίατρος-Δραματοθεραπευτής-Σκηνοθέτης-Διδάσκων ΕΚΠΑ

Η Δραματοθεραπεία είναι μια δημιουργική θεραπευτική διαδικασία, ατομική ή ομαδική, που χρησιμοποιεί τη μεταφορική δύναμη της θεατρικής πράξης με στόχο την προσωπική ανάπτυξη, τη βελτίωση της επικοινωνίας και την αντιμετώπιση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων.

Στη χώρα μας η ανάπτυξη της Δραματοθεραπείας τη δεκαετία του '80 συμπορεύτηκε με τη δημιουργία, τη διαμόρφωση και την εξάπλωση των πρώτων προγραμμάτων απεξάρτησης.

Η εφαρμογή της Δραματοθεραπείας στην απεξάρτηση έχει σχέση με την αντίληψή μας ότι «η εξάρτηση είναι μια ψυχοσωματική λύση του ψυχικού στρες» (Joyce McDougal, 1989) επομένως στη θεραπευτική διαδικασία πρέπει να συμμετέχει και το σώμα.

Το σώμα του εξαρτημένου είναι ένα πεδίο μάχης, καταστροφής και αλληπάλληλων τραυματισμών. Ο ψυχικός πόνος εκφράζεται και συγχέεται με τον σωματικό πόνο. Επιλέγονται από το άτομο ως θεραπεία παυσίπονα φάρμακα και ουσίες που έχουν μια ψυχοσωματική επίδραση.

Παράλληλα, η Δραματοθεραπεία δείχνει τον τρόπο στον εξαρτημένο να περάσει από την παθητικότητα στην ενεργοποίηση, από την θεωρία στην πράξη, από την παρατήρηση στην δράση, από την εκλογίκευση στη σωματική δράση.

Επομένως εφ' όσον αναγνωρίζουμε ότι η εξάρτηση αποτελεί μια ψυχοσωματική αντίδραση στον ψυχικό πόνο και το τραύμα, απαιτείται η χρήση του σώματος, η σωματική μνήμη, η σωματικότητα του θεάτρου και της τελετουργίας στην αντιμετώπιση της.

### ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ. ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

**Χρηστίδη Στέλλα**

Ψυχίατρος, Επιστημονική Υπεύθυνη Τμήματος Προβληματικής Χρήσης Διαδικτύου Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω, Ψ.Ν.Α.

Το Διαδίκτυο είναι πλέον αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής ζωής των εφήβων. Η χρήση του διαδικτύου προσφέρει πολλές δυνατότητες στους νέους κυρίως στην εκπαίδευσή, στη μόρφωσή τους, στην αναζήτηση κάθε είδους πληροφορίας, στη διασκέδαση, στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Όμως το διαδίκτυο κρύβει και πολλούς κινδύνους και οι έφηβοι χρήστες συχνά είναι απροστάτευτοι και ανίκανοι να τους αναγνωρίσουν και να τους αντιμετωπίσουν. Η επιστημονική κοινότητα επικεντρώνεται κυρίως στην εξαρτητική σχέση που ορισμένοι χρήστες αναπτύσσουν με κάποιες εφαρμογές του διαδικτύου, όπως τα online διαδικτυακά παιχνίδια, τον τζόγο, την πορνογραφία με τέτοιο τρόπο ώστε να οδηγούνται ακόμη και σε κλινικά σημαντική έκπτωση.

Είναι κατανοητό ότι η εξάρτηση από το διαδίκτυο αποτελεί μια νέα, σημαντική πραγματικότητα και πρέπει να την δούμε σαν ένα σύνθετο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο, όπου μια σειρά παραγόντων, που αφορούν το άτομο, το περιβάλλον του αλλά και το ίδιο το διαδίκτυο, σε μια πολύπλοκη σχέση μεταξύ τους διαμορφώνουν τους όρους εγκατάστασης της.

Η αντιμετώπιση της εξάρτησης από το διαδίκτυο είναι σύνθετη λόγω της πολυπλοκότητας της και πρέπει να είναι διεπιστημονική. Αυτό όμως που έχει μεγάλη σημασία είναι η πρόληψη, γιατί μόνο μέσω της πρόληψης μπορούμε να έχουμε τα καλύτερα



αποτελέσματα. Είναι λοιπόν φανερό ότι βρισκόμαστε μπροστά σε μια νέα εξάρτηση, η οποία αφορά ένα σημαντικό αριθμό εφήβων και νέων, κάτι που μας αναγκάζει να αντιμετωπίσουμε αυτό το νέο φαινόμενο έγκαιρα και αποτελεσματικά βασιζόμενοι στα επιστημονικά δεδομένα και εξετάζοντας όλες τις κοινωνικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές παραμέτρους που το καθορίζουν.

1. Tsitsika A.et al., Internet addictive behavior in adolescence: a cross-sectional study in seven European countries.Cyberpsychol Behav Soc Netw. 2014 Aug;17(8):528-35.
2. Young, K. (1997). What makes the Internet addictive: Potential explanations for pathological Internet use. University of Pittsburgh at Bradford. In: Paper presented at the 105th annual conference of the American Psychological Association, August 15, Chicago, IL.

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΟΠΙΟΥΧΑ. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ. ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΤΞΙΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΤΟΥ Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ «Γ.ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»

Λ. Ηλιοπούλου

Η σωματική απεξάρτηση, το σύνδρομο στέρησης από οπιούχα και η φαρμακευτική ή όχι υποστήριξη του αποτελεί διαχρονικά πεδίο αντιπαράθεσης σε ιατρικό και ιδεολογικό επίπεδο.

Η συσσωρευμένη εμπειρία από πολλές μορφές προγραμμάτων απεξάρτησης (κοινότητες, υποκατάσταση, ατομικά, προγράμματα αυτοβοήθειας) παρέχει πλήθος δεδομένων ώστε να υποστηριχθούν προγράμματα σωματικής απεξάρτησης, βραχείας διάρκειας, εσωτερικής νοσηλείας με χρήση υποκατάστατου οπιούχων, που θα οδηγούν σε στεγνά προγράμματα.

Η χρήση ουσιών είναι ένα σύνθετο πρόβλημα με σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, συμπεριφερσιολογικές και οικονομικές συνιστώσες που αφορά το άτομο, την οικογένεια, την κοινωνία. Το ζητούμενο είναι μετά την πρόληψη, η ενίσχυση του κινήτρου των χρηστών για θεραπεία με τη δημιουργία ελκυστικών και αποτελεσματικών προγραμμάτων.

Η δημιουργία ενός πολυδύναμου κέντρου σωματικής απεξάρτησης από οπιούχα (και αλκοόλ) ήταν ένα στόιχημα σχεδόν δύο δεκαετιών για το Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα». Οικονομικά, διοικητικά, πολιτικά εμπόδια καθυστέρησαν τη λειτουργία του. Έπρεπε εκ νέου να αποδειχθεί η αναγκαιότητα, η χρησιμότητα και η ασφάλεια στη λειτουργία του και να καμφθούν αντιρρήσεις των εργαζομένων.

Η διάρθρωση της λειτουργίας του υπό την ευθύνη και τη διεύθυνση του Ψυχιατρικού τομέα σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ και το ΚΕΘΕΑ περιλαμβάνει ένα Συμβουλευτικό Σταθμό στο κέντρο της πόλης όπου γίνεται η πρώτη προσέλευση, η εκτίμηση και ενίσχυση κινήτρου και θα αποφασίζεται η εισαγωγή στην ενδονοσοκομειακή μονάδα για νοσηλεία και ένα καλά οργανωμένο ιατρείο follow up.

Θα υποστηρίζεται σωματικά, ιατρικά, ψυχολογικά, ψυχιατρικά και κοινωνικά ο χρήστης και θα χορηγείται τις πρώτες μέρες βουπρενομορφίνη. Η διάρκεια νοσηλείας είναι 4 εβδομάδες. Στόχος είναι η διευκόλυνση ένταξης του χρήστη σε θεραπεία μέσα από ένα ολιστικό πρόγραμμα παρέμβασης.

## Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ: Η ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΜΙΑΣ «ΤΟΞΙΚΗΣ» ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.

Δημήτρης Πετριλής

(BSc, MSc, PhD)

Επιστημονικά Υπεύθυνος Μονάδας Εφήβων - Νέων «ΑΤΡΑΠΟΣ» του ΟΚΑΝΑ

Η πορεία ανάπτυξης του ατόμου προς τη συγκρότηση μιας ενήλικης ταυτότητας προϋποθέτει πλήθος ψυχικών διεργασιών που στα σημεία τείνουν να αποσταθεροποιήσουν την πορεία αυτή.

Η εφηβεία, ως ένα ενδιάμεσο μεταβατικό στάδιο προς την ενηλικίωση, αποτελεί το πεδίο εκτόνωσης ενδοψυχικών συγκρούσεων στον πυρήνα των οποίων ενυπάρχει η έμφυτη φυγόκεντρη τάση του ατόμου προς την εξατομίκευση και την αυτονομία του.

Κόντρα στις δυνάμεις προσκόλλησης των προηγούμενων αναπτυξιακών σταδίων, ο έφηβος επιχειρεί, πολλές φορές με τρόπο αδέξιο, να διαχειριστεί το έκδηλο διάχυτο άγχος που τον κατακλύζει επαναπροσδιορίζοντας τις επιλογές που έχει κάνει στην παιδική ηλικία, εγκαταλείποντας τις παιδικές ταυτίσεις, αποκαθλώνοντας τους γονείς από τη θέση παντοδυναμίας και επιχειρώντας να ανεξαρτητοποιηθεί από την γονική εξουσία.

Συνεπώς, με όρους ψυχικής οικονομίας, η διαδικασία ενηλικίωσης προκαλείται στο καθεστώς της ψυχικής οδύνης που δημιουργεί στον έφηβο η ανάγκη να διαφοροποιηθεί από το γονικό υποσύστημα.

Κάνοντας χρήση ουσιών, ο έφηβος επιχειρεί να απεμπολήσει τα χαρακτηριστικά εκείνα της προσωπικότητάς του που τον κρατάνε πίσω, δημιουργώντας μια τεχνητή συνθήκη «ψευδο-αποχωρισμού», «ψευδο-αυτονομίας», είτε για να αντισταθεί στο μαζικό



αίτημα συμμόρφωσης στις αρχές και αξίες που θεωρούνται ορθές από την οικογένεια (Winnicot, 1992), είτε για να αποφύγει την ψυχική δυσφορία της συγκώνευσης με τον άλλο (Arnett, 2005). Και ο χρόνος παγώνει! Ο έφηβος εγκλωβίζεται σε μια αχρονικότητα παρεμποδίζοντας την πορεία συγκρότησης μιας ενήλικης ταυτότητας, επιλέγοντας πότε να είναι το παιδί του μπαμπά και της μαμάς και πότε ο «ενήλικας» που πράττει αυτόβουλα και αυτενεργεί πέραν των όποιων συμβάσεων και περιορισμών.

## Η ΠΡΩΡΟΤΗΤΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

**Τριανταφυλλίδου Πηνελόπη**

Παιδίατρος Νεογολόγος Πιστοποιημένη Σύμβουλος Γαλουχίας IBCLC

MSc, Υποψήφια Διδάκτωρ Παν. Αθηνών (μέχρι τέλος Ιουλίου επιμελήτρια Β, μετά Α) Μ.Ε.Ν.Νεογώνων Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικής

Η επίπτωση της πρωρότητας στην Ελλάδα αγγίζει το 10% των γεννήσεων. Παράλληλα, τα επιτεύγματα της νεογολογίας έχουν αυξήσει κατά πολύ την επιβίωση των προώρων και εξαιρετικά προώρων νεογώνων. Δυστυχώς όμως, δεν παρατηρείται και αντίστοιχη μείωση των διαταραχών που σχετίζονται με την πρωρότητα, κυρίως αυτές που σχετίζονται με εκτελεστική δυσλειτουργία.

Στις αναπτυξιακές διαταραχές της πρωρότητας, συγκαταλέγονται οι: διαταραγμένη αντίληψη του πόνου, προβλήματα αντίληψης και συντονισμού, οργάνωσης, στοχοθεσίας, αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές. Παιδιά που γεννήθηκαν πρόωρα είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν ADHD και διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού. Επίσης πιο συχνά απαντώνται διαταραχές συμπεριφοράς με ντροπαλότητα, απόσυρση, κοινωνική απομόνωση, μειωμένη αυτοεκτίμηση αλλά και εκρήξεις θυμού και αυξημένη παραβατικότητα. Τα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, δυσκολίες στη μνήμη προσοχής, καθυστέρηση ομιλίας και αισθητηριακές διαταραχές. Οι παραπάνω διαταραχές συμβαίνουν ακόμα και σε νεογνά που δεν είχαν βεβαρυμμένο νευρολογικό ιστορικό με συμβάματα όπως εγκεφαλική αιμορραγία ή περικοιλιακή λευκομαλακία στην περιγεννητική περίοδο. Φαίνεται ότι η πρωρότητα από μόνη της και η έκθεση σε ένα τεχνητό εξωμήτριο περιβάλλον, αυξάνει την έκθεση του νεογνού στο στρες- τόσο αισθητηριακό όσο και συναισθηματικό- αλλάζει το μικροβίωμα του, δημιουργώντας έτσι επιγενετικές αλλαγές στο γονιδίωμα και προκαλεί δομικές (ανατομικές) αλλά και λειτουργικές (στο επίπεδο των συνάψεων) αλλαγές στο εγκέφαλο και τις νευρικές οδούς.

Η σύγχρονη νεογολογία εκτός από την επιβίωση, στοχεύει στην Νευροαναπτυξιακή φροντίδα δηλαδή στην εφαρμογή μεθόδων που σκοπό έχουν να μειώσουν το στρες στη ΜΕΝΝ και να βάλουν στο κέντρο την οικογένεια ώστε να μειωθεί η επίπτωση των νευροψυχιατρικών διαταραχών.

Psychol Bull. 2017 Apr; 143 Mental health of extremely low birth weight survivors: A systematic review and meta-analysis Mathewson KJ  
FINE Family and Infant Neurodevelopmental Education Inga Warren & Dominique Pierrat 2015

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ

**Μέλλος Ελευθέριος**

Ψυχίατρος – Ψυχοθεραπευτής. Πρόγραμμα «Αθηνά»: Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αγνίτσιο Νοσοκομείο - ΟΚΑΝΑ

Το αλκοόλ είναι μια από τις συχνότερα χρησιμοποιούμενες νόμιμες εθιστικές ουσίες, με τα ποσοστά προβληματικής χρήσης του να κυμαίνονται στις Δυτικές κοινωνίες από 3% έως και 12%. Αποτελεί συνολικά τον 7ο παράγοντα κινδύνου τόσο για θανάτους όσο και για ανικανότητα/ αναπηρία, σύμφωνα με τον δείκτη DALYs (disability adjusted life years).

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι ποσοστό έως και 70% των αλκοολικών θα εμφανίσουν κάποια στιγμή στην πορεία τους συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, μανιακόμορφης ή ψυχωσικόμορφης συνδρομής κα. Τα δεδομένα από τις μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες (ECA, NCS, NESARC, NESPA κα) επιβεβαιώνουν ότι σε άτομα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ παρατηρούνται συχνά, σε σημαντικά ποσοστά, ποικίλου τύπου ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις. Συνηθέστερα καταγράφονται αγχώδεις και συναισθηματικού τύπου καταστάσεις (κρίσεις πανικού, ΓΑΔ, μείζονα κατάθλιψη και διπολική διαταραχή), ΔΕΠΥ, κατάχρηση άλλων εθιστικών ουσιών καθώς και διαταραχές προσωπικότητας. Στα πλαίσια της συννοσηρότητας αυτής το αλκοόλ μειώνει την πιθανότητα ύφεσης της ψυχοπαθολογίας και η ψυχοπαθολογία με τη σειρά της αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπών στη χρήση.

Ως εκ τούτου η αναγνώριση, η ακριβής διάγνωση καθώς και η θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχιατρικής συννοσηρότητας (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής) αποτελεί μια σύνθετη, απαιτητική και συχνά μακρόχρονη διαδικασία, η οποία όμως έχει μεγάλη σημασία για την τελική έκβαση.

## ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ: ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Παντελεάκης Δημήτριος

Ψυχίατρος – Ψυχοθεραπευτής. Πρόγραμμα «Αθηνά»: Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αγινίτσιο Νοσοκομείο – ΟΚΑΝΑ

Όπως προκύπτει τόσο από ευρήματα σε κλινικούς πληθυσμούς αλκοολικών (π.χ. ασθενείς σε θεραπευτικά κέντρα για τον αλκοολισμό) όσο και από ευρήματα μεγάλων επιδημιολογικών μελετών στο γενικό πληθυσμό, ιδιαίτερα εκτεταμένη είναι η ψυχιατρική συννοσηρότητα των διαταραχών χρήσης αλκοόλ. Μελέτες προσπαθούν να απαντήσουν στο ερώτημα ποιοι είναι οι αιτιοπαθογενετικοί μηχανισμοί στους οποίους οφείλεται το φαινόμενο αυτής της ευρείας συννοσηρότητας. Οι μελέτες αυτές συνδέονται βεβαίως με τη γενικότερη μελέτη της αιτιοπαθογένειας του αλκοολισμού αλλά και της ουσιοεξάρτησης συνολικότερα.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι η διαταραχή χρήσης αλκοόλ είναι μια πολυπαραγοντική ως προς την αιτιολογία της κατάσταση, με ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων να συμβάλλουν στην εμφάνισή της. Είναι παράγοντες γενετικοί και επιγενετικοί, στους οποίους περιλαμβάνονται παράγοντες που αφορούν τη σχέση με την οικογένεια, το σχολείο, τη σχέση με τους συνομηλικούς, την ευρύτερη κοινότητα κλπ.

Οι θεωρητικές προσεγγίσεις για το φαινόμενο της συννοσηρότητας τείνουν σ'ένα σημαντικό μέρος τους να στηρίζουν δύο κατευθυντήριες αρχές: ότι η ύπαρξη άλλης ψυχοπαθολογίας μπορεί να οδηγεί στην εμφάνιση διαταραχών χρήσης αλκοόλ και ότι το αντίστροφο η διαταραχή χρήσης αλκοόλ μπορεί να ευθύνεται για την ανάπτυξη άλλων ψυχικών διαταραχών, που καλύπτουν ολόκληρη σχεδόν τη γκάμα της ψυχιατρικής νοσολογίας, κάτι που δεν συμβαίνει για την επαγόμενη ψυχιατρική παθολογία από καμία άλλη κατηγορία εθιστικών ουσιών.

Η βαθύτερη κατανόηση των αιτιοπαθογενετικών συσχετίσεων μπορεί να συμβάλει στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των διαταραχών χρήσης αλκοόλ.

---

## ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Πέππας Ευάγγελος

Ψυχίατρος – Ψυχοθεραπευτής. Πρόγραμμα «Αθηνά»:  
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αγινίτσιο Νοσοκομείο – ΟΚΑΝΑ

Η διαταραχή χρήσης οινοπνεύματος (ΔΧΟ) συνδυάζεται με αυξημένη επικινδυνότητα να συνυπάρχει και με μία ψυχιατρική διαταραχή (αναφέρονται οι σχιζοφρενικές διαταραχές, οι συναισθηματικές και οι αγχώδεις διαταραχές καθώς και οι διαταραχές προσωπικότητας). Η συνύπαρξη αλκοολισμού και ψυχοπαθολογίας ορίζεται ως διπλή διάγνωση και διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη αλλά και στην φαρμακευτική αντιμετώπιση του προβλήματος. Οι ασθενείς αυτοί θεωρούνται «δύσκολοι ασθενείς» επειδή υπάρχει η τάση για φτωχή θεραπευτική συμμόρφωση, για υψηλά ποσοστά πρόωρης διακοπής της θεραπείας, υψηλά ποσοστά νοσηλείων και συχνά οργανικές βλάβες που δυσχεραίνουν τις φαρμακολογικές επιλογές.

Η αλληλεπίδραση μεταξύ της χρήσης οινοπνεύματος και των ψυχοπαθολογικών διαταραχών είναι ένα σύνθετο κλινικό φαινόμενο που υφίσταται κριτική τόσο στο νοσογραφικό επίπεδο, όσο και στις θεραπευτικές στρατηγικές και ιδιαίτερα στους φαρμακολογικούς χειρισμούς. Λόγω της κλινικής πολυπλοκότητας και των κριτικών που αφορούν τα επιδημιολογικά δεδομένα της διπλής διάγνωσης στην αλκοολογία δεν έχουν ακόμη συμφωνηθεί κατευθυντήριες θεραπευτικές στρατηγικές που θα καθόριζαν τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις, παρ'όλον που στην διεθνή βιβλιογραφία επισημούνται διαφορετικές φαρμακευτικές προτάσεις, χωρίς όμως να μπορούν να γενικευτούν και να αποτελέσουν μία κοινή κλινική πρακτική. Η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής θεραπείας αυτών των ατόμων έχει ευρέως διερευνηθεί με αντικρουόμενα όμως αποτελέσματα. Είναι απαραίτητη η παρακολούθηση της εξέλιξης της ψυχοπαθολογίας σε περιόδους αποχής από το οινόπνευμα για να προσδιορισθεί η επικέντρωση της φαρμακολογικής αγωγής. Άτομα χωρίς θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής έχουν μεγαλύτερο ρίσκο να υποτροπιάσουν το συντομότερο στην κατανάλωση οινοπνεύματος.

Η θεραπεία της συννοσηρότητας στον αλκοολισμό παραμένει ακόμη μία πρόκληση των ειδικών.



## ΑΜΟΡΦΟΙ ΔΙΑΛΟΓΟΙ ΨΥΧΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΟΣ. ΡΗΞΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΛΑΧΙΣΤΟ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΟΨΥΧΙΚΗΣ ΟΝΤΟΤΗΤΑΣ

**Ιάκωβος Κλεώπας**

Νευροψυχολόγος - Ψυχαναλυτής, Εργαστήριο Ψυχοπαθολογίας & Ψυχολογίας της Υγείας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Δεκαέξι χρόνια μετά την ολοκλήρωση του σχεδίου του ανθρώπινου γονιδιώματος (Human Genom Project) και μετά από πολυάριθμες μελέτες γενετικού προσδιορισμού μίας “προσωποποιημένης ιατρικής”, αυξανόμενες έρευνες αναδεικνύουν την δυναμική της έκφρασης των γονότυπων, των φαινότυπων, των μεταξύ τους σχέσεων, της σύνδεσής τους με το περιβάλλον και της διαγενεαλογικής, επιγενετικής επίδρασης. Η κατανόηση ήδη των ελαχίστων στοιχείων και ιδιοτήτων της ζωής έγκειται στις έννοιες της σύνδεσης, εξέλιξης, ανάδυσης και πλαστικότητας.

Οι ίδιες έννοιες ορίζουν τον τρόπο με τον οποίο η ψυχαναλυτική ψυχοσωματική εξετάζει θεωρητικά και κλινικά την σωματοψυχική οντότητα: τον ξεχωριστό ατομικό τρόπο ανάδυσης, μορφοποίησης ή αντίθετα αποδιοργάνωσης των ψυχοσωματικών λειτουργιών, ή, της μορφής της σχέσης μεταξύ σώματος και ψυχισμού κάθε υποκείμενου. Η αναγνώριση της σημασίας της κληρονομικότητας διατυπώνεται στην ψυχαναλυτική, και, με έναν σαφή τρόπο στην ψυχοσωματική μεταψυχολογία. Η ψυχοσωματική ωστόσο δεν υπονοεί τον ψυχικό προσδιορισμό μίας σωματικής νόσου. Ακολουθώντας μία μονιστική τοποθέτηση, αναζητά να εξηγήσει και την δυνατότητα να παρέμβει θεραπευτικά στις σωματοψυχικές διεργασίες ή καταστάσεις οι οποίες συντελούν στην εμφάνιση αποδιοργάνωσης και σωματοποιήσεων.

Η συσχέτιση των δυναμικών της σύγχρονης γενετικής και της ψυχοσωματικής σκέψης, μπορεί να θεωρηθεί αποδεκτή, νοσηματοδοτική, ίσως απαραίτητη με βάση τα σύγχρονα δεδομένα, ή ίσως περιττή εφόσον αρκεί η γενετική μηχανική. Οι ενδεχόμενοι ερευνητικοί, θεωρητικοί και κλινικοί συσχετισμοί, συναντούν ορισμένα όρια ή όρους προς διευκρίνιση και ίσως προϋποθέτουν ένα πεδίο διαμόρφωσης δυναμικών τρόπων σχέσης, μετάφρασης και διαλόγου. Έναν θα πρότεινα, μεταβατικό μονισμό. Ο ψυχοσωματιστής ή διασυνδεδετικός, (πώς) καλείται άραγε να περιλάβει τον γενετικό προσδιορισμό ή την πλαστικότητα, στην κλινική πράξη καθώς και στα εννοιολογικά εργαλεία του;

## Η ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

**Δημήτρης Κόντης**

Συντονιστής Διευθυντής Ψυχίατρος, 4ο Ψυχιατρικό Τμήμα & Μονάδα Γνωστικής Αποκατάστασης, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Η γνωστική αποκατάσταση, ή αλλιώς η αποκατάσταση των γνωστικών ελλειμμάτων (π.χ. μνήμης, προσοχής, συγκέντρωσης, εκτελεστικών λειτουργιών, ρύθμισης συναισθημάτων) με τη βοήθεια τεκμηριωμένων φαρμακολογικών, ψυχολογικών, εργοθεραπευτικών μεθόδων και συμβουλών υγιεινής και τελικό στόχο τη βέλτιστη καθημερινή λειτουργικότητα, αποτελεί αντικείμενο του έργου επαγγελματιών υγείας διαφορετικών κλάδων και ιατρικών ειδικοτήτων. Αυτό συμβαίνει γιατί τα γνωστικά ελλείμματα είναι κοινός παρονομαστής της έκφρασης νοσημάτων που μπορεί να προσβάλλουν όλα τα ανθρώπινα όργανα. Επομένως, η πρόληψη και η θεραπεία των ιατρικών διαταραχών πρέπει να στοχεύουν όχι μόνο στη σωματική, αλλά και στην εγκεφαλική υγεία. Πρόσφατες συστηματικές ανασκοπήσεις έχουν δείξει ότι η γνωστική αποκατάσταση έχει θετικά αποτελέσματα στη βελτίωση της προσοχής, των διαταραχών λόγου και όρασης, των κοινωνικών και εκτελεστικών ελλειμμάτων μετά από εγκεφαλικά τραύματα ή αγγειακές βλάβες, ήπιων διαταραχών μνήμης, καθώς και στην αποκατάσταση των ψυχικών διαταραχών, βελτιώνοντας την καθημερινότητα των ασθενών. Παρομοίως, θετικά αποτελέσματα έχουν φανεί από την εφαρμογή της γνωστικής αποκατάστασης στην αντιμετώπιση γνωστικών προβλημάτων που σχετίζονται με εγκεφαλικά νεοπλασματα, ανοξία, εγκεφαλίτιδα, επιληψία, νόσο του Parkinson ή του Huntington, τοξική εγκεφαλοπάθεια, συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, πολλαπλή σκλήρυνση, διαβήτης, καρκίνος, πνευμονοπάθειες και καρδιολογικές διαταραχές. Ο δρόμος της σύγχρονης και ολιστικής ιατρικής φροντίδας περνά αναπόφευκτα από τη γνωστική αποκατάσταση.

1. Cicerone et al.: Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Systematic Review of the Literature From 2009 Through 2014. Arch Phys Med Rehabil 2019, 100(8):1515–1533.
2. Langenbahn et al.: An evidence-based review of cognitive rehabilitation in medical conditions affecting cognitive function. Arch Phys Med Rehabil 2013, 94 (2): 271–86.

## Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΣΤΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ «ΜΕΛΕΤΗ»

Αγγελική Ανδρεοπούλου

Ψυχολόγος, Μονάδα Γνωστικής Αποκατάστασης, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ)

Η αξιολόγηση των γνωστικών ελλειμμάτων αφορά σε ασθενείς με σωματικές ή ψυχικές διαταραχές, αλλά και σε υγιή πληθυσμό. Γίνεται μέσω νευροψυχολογικών δοκιμασιών που μετρούν τη συνολική και τις επιμέρους γνωστικές ικανότητες. Ωστόσο, η αξιολόγηση αυτή δεν αρκεί. Πρέπει να συμπληρώνεται και από μεθόδους μέτρησης της λειτουργικότητας, ώστε να αποκτά νόημα και προστιθέμενη αξία για τη ζωή των ασθενών. Η αξιολόγηση των γνωστικών ελλειμμάτων αποτελεί βασικό συστατικό των Προγραμμάτων Γνωστικής Ενδυνάμωσης, καθώς προσφέρει τη βάση για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητάς τους. Το Πρόγραμμα Γνωστικής Αποκατάστασης «Μελέτη» περιέχει 40 συνεδρίες με ασκήσεις μνήμης, προσοχής, συγκέντρωσης, καθώς και εκπαίδευσης στις εκτελεστικές λειτουργίες (π.χ. ικανότητα συλλογισμού, νοητικός σχεδιασμός) και στην κοινωνική γνώση (π.χ. ικανότητα του ατόμου να κατανοεί συναισθήματα και κοινωνικές περιστάσεις). Η συχνότητά του είναι 2-3 φορές ανά εβδομάδα. Το Πρόγραμμα «Μελέτη» έχει αναπτυχθεί από τη Μονάδα Γνωστικής Αποκατάστασης του ΨΝΑ, πάνω στις ίδιες αρχές και ακολουθώντας παρόμοια μεθοδολογία με εκείνη αντίστοιχων Προγραμμάτων που εφαρμόζονται διεθνώς. Πέραν της εξάσκησης στις επιμέρους γνωστικές λειτουργίες, περιλαμβάνει την προαγωγή γνωστικών στρατηγικών που στοχεύουν στη βέλτιστη γνωστική επίδοση και παράλληλα στη γενίκευση των γνωστικών ωφελειών στην καθημερινότητα. Η βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών (εργασιακή, διαπροσωπική λειτουργικότητα και αυτοφροντίδα) αποτελεί τον άξονα γύρω από τον οποίον το Πρόγραμμα «Μελέτη» αρχίζει, αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται.

1. Lezak et al: Basic Concepts. In: Neuropsychological Assessment. Oxford University Press. (fifth edition), p.15-40.
2. Kontis D et al: A Cognitive Rehabilitation Program for Psychoses: Origins, Development and Perspectives. Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health 2018 (1): 25-37.

## ΜΕΛΕΤΗ ΕΦΙΚΤΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ «ΜΕΛΕΤΗ» ΠΕΡΑΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.

Φαίδρα Λουκή και Αλέξανδρος Γιαννούλης

ειδικευόμενοι Ψυχιατρικής, Μονάδα Γνωστικής Αποκατάστασης, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Το Πρόγραμμα Γνωστικής Αποκατάστασης «Μελέτη» είναι ένα ολιστικό πρόγραμμα γνωστικής ενδυνάμωσης με στόχο την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ασθενών που εμφανίζουν γνωστικά ελλείμματα. Αποτελείται από 40 ωριαίες ατομικές συνεδρίες, με συχνότητα 2-3 φορές/εβδομάδα, που εκπαιδεύουν συναισθηματικές και μη-συναισθηματικές γνωστικές λειτουργίες. Οι πρώτες 22 συνεδρίες προέρχονται από ένα αντίστοιχο πρόγραμμα που απευθύνεται σε άτομα με ήπια γνωστική διαταραχή. Όσοι ασθενείς ολοκληρώνουν το Πρόγραμμα «Μελέτη» έχουν τη δυνατότητα παρακολούθησης ομαδικών συνεδριών. Το Πρόγραμμα έχει μέχρι στιγμής εφαρμοστεί σε περισσότερους από 150 ασθενείς, οι περισσότεροι από τους οποίους πάσχουν από ψυχωτικές διαταραχές. Πέραν όμως αυτών, το Πρόγραμμα έχει χορηγηθεί και σε ασθενείς που πάσχουν από άλλες ψυχικές διαταραχές (διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας), αλλά και σε περιορισμένο αριθμό ασθενών με γνωστικά ελλείμματα στο πλαίσιο ήπιας γνωστικής διαταραχής, άνοιας, σοβαρής κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης και όγκων του εγκεφάλου. Η κλινική εμπειρία από την εφαρμογή του «Μελέτη» πέραν των ψυχικών διαταραχών κρίνεται γενικά θετική. Οι ασθενείς με σωματικές διαταραχές φαίνεται να εμφανίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες στην ολοκλήρωση των συνεδριών σε σύγκριση με όσους πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και οι δυσκολίες αυτές συνδέονται με τη βαρύτητα των γνωστικών τους ελλειμμάτων. Δεν παρατηρήθηκε κάποια σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια, ούτε χρειάστηκε ψυχιατρική ή ψυχολογική παρέμβαση κατά τη διάρκεια, ή μετά τη λήξη των συνεδριών του Προγράμματος. Η αποτελεσματικότητα του Προγράμματος σε ασθενείς με γνωστικά ελλείμματα στο πλαίσιο σωματικών διαταραχών απομένει να διερευνηθεί με τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες.

1. Kontis D et al: A Cognitive Rehabilitation Program for Psychoses: Origins, Development and Perspectives. Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health 2018 (1): 25-37



## Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΑ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΙΛΟΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ.

**Νίκος Χριστοδούλου**

Διευθυντής Πανεπιστημιακής Κλινικής Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής Nottingham, HB  
Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Nottingham

**Εισαγωγή:** Είναι διεθνώς αναγνωρισμένο πως η πρωτοβάθμια υγεία προσφέρει υπηρεσίες σε έναν πολύ μεγάλο αριθμό ασθενών με ψυχοσωματικές εκδηλώσεις ή αλλιώς "επίμονα σωματικά συμπτώματα". Οι ασθενείς αυτοί αφενός μεν έχουν ανάγκες που ξεπερνούν τις δυνατότητες της πρωτοβάθμιας υγείας, αφετέρου δε σπάνια παραπέμπονται σε ψυχιατρικές υπηρεσίες. Συνεπώς, μια μεγάλη μερίδα του πληθυσμού παραμένει χωρίς επαρκή διάγνωση και θεραπεία. Η Πανεπιστημιακή Κλινική Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής στο Nottingham δημιούργησε μια πιλοτική υπηρεσία διασυνδεδετικής ψυχιατρικής σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας για να προσφέρει φροντίδα ακριβώς σε αυτούς τους ασθενείς.

**Σκοπός:** Η περιγραφή της υπηρεσίας διασυνδεδετικής ψυχιατρικής στην πρωτοβάθμια υγεία και η παρουσίαση της αξιολόγησης της κλινικής αποτελεσματικότητας και της αποτελεσματικότητας κόστους στα δυο πρώτα χρόνια λειτουργίας της.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά παρακολούθηθηκαν από την υπηρεσία 282 ασθενείς σε σύνολο περίπου 2500 συνεδριών. Η κλινική αποτελεσματικότητα αποδείχτηκε πέραν κάθε αμφιβολίας από το πρώτο κιάλας τρίμηνο παρακολούθησης, με στατιστικά σημαντική βελτίωση των δεικτών κατάθλιψης (PHQ9), άγχους (GAD), σωματικών συμπτωμάτων (PHQ15), γενικής υγείας (EQ-5D-5L), και της σφαιρικής κλινικής εκτίμησης (CGI). Σχετικά με την αποτελεσματικότητα κόστους, η υπηρεσία έκανε απόσβεση της επένδυσης μέσω εξοικονόμησης κόστους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας, μέσα σε 16 μήνες, δείχνοντας πως η εξοικονόμηση παραμένει τουλάχιστον για ένα έτος μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

**Συμπέρασμα:** Η ανάπτυξη υπηρεσιών διασυνδεδετικής ψυχιατρικής στην πρωτοβάθμια υγεία έχει υποσχόμενη προοπτική.

## ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΚΑΙ ΖΩΝΤΑΝΟΙ ΔΟΤΕΣ ΝΕΦΡΟΥ: ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

**Βασιλική Γαλάνη**

Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπεύτρια

Επιμελήτρια στο Τμήμα Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Γενεύης

Η μεταμόσχευση νεφρού από ζωντανό δότη αποτελεί πλέον θεραπεία εκλογής για τους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, προσφέροντάς τους μείωση του χρόνου αναμονής για την εύρεση μοσχεύματος και καλύτερη μετεγχειρητική πορεία συγκριτικά με τις μεταμοσχεύσεις που πραγματοποιούνται από νεκρούς δότες. Στις μέρες μας το ποσοστό των μεταμοσχεύσεων από ζωντανούς δότες νεφρού ανέρχεται στο 40%.

Οι ενδεχόμενες ψυχολογικές επιπτώσεις της διαδικασίας δωρεάς νεφρού στον εκάστοτε δότη μελετώνται ενδελεχώς πριν την επέμβαση από τις ομάδες διασυνδεδετικής ψυχιατρικής που συνεργάζονται με τα τμήματα μεταμοσχεύσεων.

Οι πρώτες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε αυτό τον τομέα εστίασαν το ενδιαφέρον τους στην ενισχυμένη αυτοεκτίμηση που εμφάνιζαν οι δότες μετεγχειρητικά. Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας στρέφεται στη μελέτη της ποιότητας ζωής του δότη νεφρού τόσο μετεγχειρητικά, όσο και προοπτικά.

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, παράγοντες όπως η μερική ικανοποίηση των προσδοκιών του δότη ως προς τα αποτελέσματα της μεταμόσχευσης, η επίπτωση της νεφρεκτομής στις καθημερινές του δραστηριότητες, καθώς και η εμφάνιση χρόνιου πόνου, δύνανται να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής του ζωντανού δότη νεφρού μετεγχειρητικά<sup>(1)</sup>. Η εμφάνιση διαταραχών προσρμογής, καταθλιπτικής συνδρομής και αγχωδών διαταραχών μελετάται επίσης από ερευνητές<sup>(2)</sup>.

Η ταυτοποίηση παραγόντων κινδύνου ως προς την εμφάνιση αυτών των διαταραχών κατά την προεγχειρητική ψυχιατρική αξιολόγηση του ζωντανού δότη νεφρού, καθώς και η οργάνωση δομών ψυχιατρικής παρακολούθησης των ασθενών αυτών μετεγχειρητικά, αποτελούν πεδίο προς μελέτη και ανάπτυξη για τα επόμενα χρόνια.

1. Menjivar A. et al., Assessment of donor satisfaction as an essential part of living donor kidney transplantation: an eleven year retrospective study, *Transplantation Int.*, 2018
2. Holscher et al, Anxiety, depression and regret of donation in living kidney donors, *BMC, Nephrology*, 2018

## NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS IN DEMENTIA: IMPACT, TREATMENT AND PREDICTORS OF MORTALITY

**Dr Christoph Mueller,**

Academic Clinical Lecturer in Old Age Psychiatry, King's College London

Neuropsychiatric symptoms, such as agitation and psychosis, are common and highly impactful complications of dementia and are major determinants of poor quality of life, carer burden and healthcare costs. They are also associated with more rapid dementia progression and increased mortality and occur early in Parkinson's related dementias (1).

Antipsychotic medications are often considered in the management of these symptoms; however, while meta-analyses indicate significant benefits, these are very small and of unclear clinical significance. These very modest benefits have to be balanced against potential harms, and concerns have been raised around an increased risk of mortality, cerebrovascular events and hastened cognitive decline in patients with dementia prescribed these agents. Agitation and psychosis are nonetheless frequently interlinked in dementia and there is an increasing recognition that patient characteristics, especially the presence of certain neuropsychiatric symptoms, may be strong influencers of risks related to antipsychotic prescribing. Few alternatives to antipsychotic medications exist, as analgesia or antidepressants, but those are not without risks. A recent consensus paper (2) has highlighted the importance of identifying the underlying causes, training of caregivers, environmental adaptations, personalised care before any pharmacologic approaches are considered. This talk will provide up-to-date real-world epidemiological evidence on neuropsychiatric symptoms and their treatments, including novel data on how affective symptom profiles predict mortality.

(1) Mueller, C., Ballard, C., Corbett, A., & Aarsland, D. (2017). The prognosis of dementia with Lewy bodies. *Lancet Neurology*, 16(5),390-398.

(2) Kales HC, Lyketsos CG, Miller EM, Ballard C. Management of behavioral and psychological symptoms in people with Alzheimer's disease: an international Delphi consensus. *Int Psychogeriatr*. 2019 Jan;31(1):83-90.

## ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ TOURETTE: ΜΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ.

**Κεφαλοπούλου Ζηνοβία - Μαρία,**

Νευρολόγος, MD, PhD

Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών

Το σύνδρομο Gilles de la Tourette χαρακτηρίζεται από πολλαπλά κινητικά και ένα ή περισσότερα φωνητικά τικ, διάρκειας τουλάχιστον 1 έτους, που εμφανίζονται πριν την ηλικία των 18, απουσία άλλης αναγνωρίσιμης αιτίας. Κατατάσσεται στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές με επίπτωση ως 1%, ενώ εμφανίζεται σαφώς συχνότερα στα αγόρια. Τα τικ μπορεί να είναι απλά ή σύνθετα, υπάρχει διακύμανση στην ποιότητα και τη βαρύτητά τους κατά περιόδους, ενώ οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν ύφεση μετά την εφηβεία. Ωστόσο, τα συμπτώματα μπορεί να επιμένουν ή και να επιδεινώνονται στην ενήλικη ζωή σε περίπου ένα τρίτο των ασθενών. Η κινητική διαταραχή συνοδεύεται από ποικίλους βαθμούς ψυχιατρικής συννοσηρότητας που καθορίζει σε σημαντικό βαθμό τον φαινότυπο του συνδρόμου, καθώς και την λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής των ασθενών. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Obsessive - Compulsive Disorder, OCD) και η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (Attention deficit-hyperactivity disorder, ADHD) αποτελούν τις συχνότερες συνοδές καταστάσεις. Κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές συμπεριφοράς και ελέγχου των παρορμήσεων είναι επίσης συχνές. Η αιτιοπαθογένεια του συνδρόμου θεωρείται πολυπαραγοντική, συμπεριλαμβάνοντας πολλαπλούς γενετικούς και περιβαλλοντικούς προδιαθεσιακούς παράγοντες. Με δεδομένα την μεγάλη κλινική ετερογένεια του συνδρόμου Tourette, αλλά και την ασαφή αιτιοπαθογένεια, η θεραπευτική αντιμετώπιση του αποτελεί συχνά μεγάλη πρόκληση. Η προσέγγιση είναι διεπιστημονική, ενώ κριτικής σημασίας είναι η ενημέρωση και ψυχο-εκπαίδευση των ασθενών και του περιβάλλοντός τους. Συμπεριφορικές θεραπείες, νευροληπτικά και άλλα φάρμακα, καθώς και χειρουργικές θεραπείες μπορούν να χρησιμοποιηθούν, συχνά συνδυαστικά, ανάλογα με την βαρύτητα και την φαινομενολογία στον εκάστοτε ασθενή. Σκοπός της παρουσίασης είναι η περιγραφή των ανωτέρω μεθόδων, σε μια προσπάθεια εξατομικευμένης προσέγγισης, συνδυάζοντας κλινικά αλλά και πρόσφατα νευροβιολογικά δεδομένα.

1. Robertson M et al., Gilles de la Tourette syndrome, *Nat Rev Dis Primers*. 2017 Feb 2;3:16097. doi:10.1038/nrdp.2016.97.

2. Stern JS. Tourette's syndrome and its borderland. *Pract Neurol*. 2018 Aug;18(4):262-270. doi: 10.1136/practneurol-2017-001755.

## AN OVERVIEW OF THE PATHOPHYSIOLOGY OF DEPRESSION

Eleni Palazidou

Depression is a common, long-term, relapsing condition, which may take a chronic course and it is associated with high morbidity and mortality. Depressed patients are at higher risk of serious physical health problems such as coronary artery disease and diabetes and worsening of the prognosis in other medical conditions.

The pathophysiology of depression is multifaceted with wide ranging abnormalities identified in animal and human studies, which interact with each other. The neuroanatomical substrate of such abnormalities, the neurocircuit of depression, consisting of the limbic-cortico-striato-pallido-thalamic circuits related to the medial and orbital prefrontal cortex networks, shows both functional and structural changes in depression.

This overview will touch on the large variety of aetiopathological factors, including genetic diathesis, psychosocial stress and dysregulation of the HPA axis, impaired monoaminergic neurotransmission and intracellular signal transduction, changes in brain neurotrophin concentrations and the inflammatory system and mitochondrial abnormalities as well as the brain's capacity for neuroplasticity.

It will discuss the nature of the above abnormalities and how their interaction can fit into a psychobiological model of the aetiopathogenesis of depression. The pathophysiological abnormalities identified will also be discussed in the context of the heterogeneity of the clinical presentation and course of depression as well as its common comorbidity with other medical conditions. The heterogeneity in the aetiopathogenesis, as well as that of the clinical picture in the individual patient and how this may influence and guide the treatment of this condition will be considered.

## ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ STRESS-ΣΥΝΔΡΟΜΟ TAKOTSUBO

Ανδρέας Τριανταφύλλης MD, PhD

Επεμβατικός Καρδιολόγος, Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Περιφερειακό Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας»

Η μυοκαρδιοπάθεια σχετιζόμενη με το stress ή μυοκαρδιοπάθεια Tako-Tsubo ή σύνδρομο ραγισμένης καρδιάς αποτελεί κλασσικό παράδειγμα διασύνδεσης καρδιάς και εγκεφάλου <sup>(1)</sup>.

Η νόσος υποδύεται οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ) και διαγιγνώσκεται στο 2.5% των ασθενών με πιθανό ΟΣΣ. Προσβάλλει κυρίως γυναίκες στην μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο και συνήθως πυροδοτείται από συναισθηματικό ή φυσικό στρεσογόνο παράγοντα. Οι ασθενείς τυπικά εμφανίζουν θωρακικό άλγος ή δύσπνοια ενώ σπανιότερα συναντώνται η καρδιογενής καταπληξία, η συγκοπή και η καρδιοαναπνευστική ανακοπή. Συχνή είναι η παρουσία ισχαιμικών αλλοιώσεων στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, η ήπια αύξηση των δεικτών μυοκαρδιακής νέκρωσης ενώ η στεφανιογραφία τυπικά εμφανίζει στεφανιαίες αρτηρίες χωρίς σημαντικές στενώσεις <sup>(1)</sup>. Παθοφυσιολογικά, η υπερδραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος που πυροδοτείται από κάποιο στρεσογόνο παράγοντα αλλά και το μαιταιμιακό σύστημα αποτελούν διαμεσολαβητές της απάντησης στο στρες με άμεση επίδραση στο καρδιαγγειακό <sup>(2)</sup>. Η νόσος περιγράφηκε για πρώτη φορά στην Ιαπωνία με το όνομα Tako-Tsubo να αναφέρεται σε κεραμική παγίδα που χρησιμοποιείται στη χώρα για την αλιεία χταποδιών, το σχημα της οποίας είναι πανομοιότυπο με το σχήμα που λαμβάνει η αριστερή κοιλία στην οξεία φάση της νόσου στις απεικονιστικές εξετάσεις (υπερηχογράφημα, αριστερή κοιλιογραφία). Συγκριμένα, εμφανίζεται υποκινησία/ ακινησία των μέσων και κορυφαίων τμημάτων και υπερσυσπαστικότητα των βασικών τμημάτων του μυοκαρδίου με έκπτωση του κλάσματος εξωθήσεως <sup>(1)</sup>.

Η θεραπεία θα πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με την κλινική εικόνα και συνήθως περιλαμβάνει τη χορήγηση ασπιρίνης, αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου, β-αναστολέα και διουρητικών. Η διάρκεια της θεραπείας ποικίλει με τα περισσότερα κέντρα να συνεχίζουν τη θεραπεία μέχρι την αποκατάσταση της συσπαστικότητας του μυοκαρδίου. Η πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζει αποκατάσταση του κλάσματος εξωθήσεως εντός τεσσάρων εβδομάδων. Η θνητότητα της νόσου είναι χαμηλή (1-2%) όπως και η υποτροπή (<5%) <sup>(1)</sup>.

1. Dargès N, Triantafyllis A, Anastasiou-Nana M. Picture quiz. A 70 year old woman with chest pain after a stressful event.. *BMJ*. 2013 Sep 23;347:f5583. doi: 10.1136/bmj.f5583.

2. Templin C, Hänggi J, Klein C, Topka MS, Hiestand T, Levinson RA, Jurisic S, Lüscher TF, Ghadri JR, Jäncke L. Altered limbic and autonomic processing supports brain-heart axis in Takotsubo syndrome. *Eur Heart J*. 2019 Apr 14;40(15):1183-1187. doi: 10.1093/eurheartj/ehz068.



## Ο ΚΥΚΛΟΣ ΤΟΥ STRESS ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΤΗΣ ΑΛΛΕΡΓΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

**Κ. Παναγιωτοπούλου**

Αλλεργιολόγος και Κλινική Ανοσολόγος, Ψυχοθεραπεύτρια, Εκπ/νη Ομαδική Αναλύτρια, Κέντρο Υγείας Ηλιούπολης, Αθήνα

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι το νευρικό και το ανοσολογικό σύστημα αλληλορρυθμίζονται. Το stress ορίζεται ως μια γενικευμένη σωματική απόκριση σε απειλητικές εξωτερικές ή εσωτερικές απαιτήσεις, που κινητοποιεί τα φυσιολογικά και ψυχολογικά αποθέματα του οργανισμού προκειμένου να αντιμετωπιστεί. Η αλλεργική νόσος αποτελεί σύνολο κλινικών εκδηλώσεων που επηρεάζουν το 30% του πληθυσμού διεθνώς. Χαρακτηρίζεται από την παραγωγή ειδικής IgE που συνδέεται στα μαστοκύτταρα και ενεργοποιεί ένα καταρράκτη μοριακών, κυτταρικών και ανοσολογικών αποκρίσεων που εκδηλώνονται με συμπτώματα από το αναπνευστικό (ρινίτις, άσθμα), το δέρμα (κνίδωση, ατοπική δερματίτις), και πολλαπλά συστήματα (αναφυλαξία) έναντι ποικιλίας αλλεργιογόνων, όπως γύρες, ακάρεα, μύκητες, επιθήλια ζώων, δήγματα εντόμων, τροφές, φάρμακα. Υποστηρίζεται διεθνώς ότι το χρόνιο stress ενεργοποιεί το νευροενδοκρινικό και το συμπαθητικό σύστημα μέσω κατεχολαμινών και έκκρισης κορτιζόλης επηρεάζοντας το ανοσολογικό σύστημα τροποποιώντας την ισορροπία μεταξύ Th1/Th2 και στρέφοντας την ανοσιακή απάντηση προς Th2 κατεύθυνση, όπως συμβαίνει και στην αλλεργική νόσο. Κλινικές παρατηρήσεις περιγράφουν ότι στρεσογόνοι παράγοντες είναι δυνατόν να τροποποιήσουν την αλλεργική αντίδραση. Θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι σε άτομα με γενετική προδιάθεση το χρόνο stress είναι πιθανό να ευνοήσει την εμφάνιση αλλεργικής νόσου αφενός, και να περιπλέξει τη ρύθμιση προϋπάρχουσας αλλεργίας αφετέρου. Από την άλλη πλευρά, η έκλυση αλλεργικών συμπτωμάτων οδηγεί σε περαιτέρω ανισορροπία της ανοσορρύθμισης των κυτταροκινών. Συμπερασματικά, φαίνεται ότι υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ αλλεργικών παθήσεων και ψυχοενδορροσενδοκρινικού άξονα. Η αμφίδρομη σχέση μεταξύ των αλλεργικών συμπτωμάτων και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων υποδεικνύει ότι εκτός από τον έλεγχο περιβάλλοντος, τις φαρμακολογικές θεραπείες και την ανοσοθεραπεία στην αντιμετώπιση της αλλεργικής νόσου θα συνέβαλαν και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ, ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΣΥΜΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**Νίκος Παρίτσης**

Εταιρία Συστημικής Θεραπείας και Παρέμβασης σε Άτομα, Οικογένειες και Ευρύτερα Συστήματα, Αθήνα

Σε στενό πλαίσιο, ψυχοσωματικές διαταραχές θεωρούνται οι ασθένειες όπου τα συμπτώματα είναι σωματικά αλλά στην αιτιολογία τους συμβάλλουν τόσο βιολογικά όσο και ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια. Τα ψυχολογικά αίτια διαφέρουν στις διάφορες ψυχοσωματικές νόσους και συνδέονται με ένα είδος προσωπικότητας που έχει συγκεκριμένα ελλείμματα. Κάτω από καταστάσεις σχετικά με τη συγκεκριμένη προσωπικότητα, δημιουργείται stress και εκδηλώνεται η ψυχοσωματική νόσος. Η θεραπεία θα πρέπει να συνίσταται στο να βελτιωθεί το ελλειμματικό σημείο της προσωπικότητας. Τούτο έχει γίνει για ψυχοσωματικές ασθένειες από παλιά αναγνωρισμένες όπως η κεφαλαλγία και η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Στη ψυχοσωματική του καρκίνου πριν την διάγνωση η ψυχική κατάσταση και τα ψυχιατρικά συμπτώματα είναι όπως και των μη καρκινοπαθών (π.χ. Trikas et al 2007). Στη προσωπικότητα C του καρκίνου το άτομο ανάμεσα σε άλλα, δεν μπορεί να συγκροτήσει, προτιμά να ικανοποιηθούν οι άλλοι παρά εκείνο, κάνει υπομονή στη κακή συμπεριφορά των άλλων. Σύμφωνα με την παρούσα θεωρία η ψυχοθεραπεία θα πρέπει να κατευθυνθεί στην μείωση ή και εξαφάνιση αυτών των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας σε σχέση με ορισμένα συμβαίνοντα. Να μετρηθεί δε σαν επιθυμητό αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας η μείωση των σωματικών χαρακτηριστικών του καρκίνου όπως ο όγκος καθ' εαυτός και οι καρκινικοί δείκτες. Μετά από αυτές τις πρόσφατες σκέψεις, παρουσιάστηκε για θεραπεία περίπτωση κατά πλάκας σκλήρυνσης, μιας αυτό-άνοσης ψυχοσωματικής νόσου. Μετά από ψυχοθεραπεία 15 συνεδριών έτσι ώστε να μπορεί ο θεραπευόμενος να μην προσφέρει υπερβολικά για την ικανοποίηση των ατόμων του στενού περιβάλλοντός του, τα υποκειμενικά, τα νευρολογικά συμπτώματα και τα εργαστηριακά ευρήματα στο MPI έφυγαν (Markopoulos et al 2019).

Trikas P., J. Vlachonikolis, G. Samonis, J. Askoxilakis, D. Tsiftsis, K. Koutsoubi and Paritsis N. (2002) Low psychopathology in the prognosis of breast cancer: A preliminary report. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71: 162-167  
 Markopoulos Dimitrios-Grigorios, Paritsis N, Kalamaras Kimon (2019), Effective treating of Multiple Sclerosis through Human Systems Therapy, Presented at European Family Therapy Association, Napoly, Italy, 11-14 Sep. 2019



## ΧΡΟΝΙΟΣ ΚΝΗΣΜΟΣ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ STRESS. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΣ

**Χαράλαμπος Τσαμάκης -**

Consultant Dermatologist, Luton and Dunstable Hospital, NHS Trust, UK

Ο κνησμός είναι ένα σύνθετο, ενοχλητικό σύμπτωμα που συνοδεύει πολλές δερματικές, αλλά και ποικίλες συστηματικές, νευρολογικές και ψυχιατρικές παθήσεις. Ως χρόνιο, αναφερόμαστε στον κνησμό που διαρκεί περισσότερο από 6 εβδομάδες.

Οι αμύελες, νευρικές ίνες C παίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια του κνησμού. Η διέγερση των ειδικών απολήξεων αυτών των αμύελων Cνευρικών στην επιδερμίδα και στο δερμο-επιδερμικό όριο γίνεται μέσω ποικίλων μεσολαβητών. Μετά την διέγερσή τους, οι αμύελες C νευρικές ίνες μεταφέρουν τις ώσεις του κνησμού στα σύστοιχα γάγγλια του νωτιαίου μυελού, όπου συνάπτονται με δευτερεύοντες νευρώνες μετάδοσης, οι οποίοι συνεχίζουν μέσω του νωτιαιοθλαμικού σωλήνα στον θάλαμο και στον εγκεφαλικό φλοιό, όπου ενεργοποιούνται πολλαπλά κέντρα που εμπλέκονται στην αισθητική και κινητική λειτουργία και στο συναίσθημα.

Ένα βασικό στοιχείο της διερεύνησης των ασθενών με χρόνιο κνησμό είναι η αξιολόγηση του κατά πόσο υπάρχει μια πρωτοπαθής-δερματική πάθηση. Η πιθανότητα μιας υποκείμενης συστηματικής, νευρολογικής, ή ψυχιατρικής διαταραχής τρέφει να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς με γενικευμένο κνησμό, ειδικότερα δεν υπάρχουν ηρωτοπαθείς δερματικές βλάβες.

Ο χρόνιος κνησμός συνδέεται με αυξημένα επίπεδα άγχους και ανησυχίας. Με την σειρά τους το συναίσθημα και ψυχολογικό stress επιδεινώνει τον κνησμό, οδηγώντας σε ένα φαύλο κύκλο που επηρεάζει την συμπεριφορά του ασθενούς και επιδεινώνει την πρόγνωση και την ποιότητα ζωής του.

Basic Mechanisms of Itch. Carl Potenziari et al, ClinExp Allergy. 2012 Jan; 42(1): 8–19.

The Vicious Cycle of Itch and Anxiety. Kristen M. Sanders et al, Neurosci Biobehav Rev. 2018 Apr; 87: 17–26.

## ΨΩΡΙΑΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ

**Κωνσταντίνος Θεοδωρόπουλος**

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ – ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΟΣ, ΕΠΙΜ. Β

Β' ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΩΝ

Η ψωρίαση αποτελεί χρόνια συστηματική φλεγμονώδη νόσο με παγκόσμια κατανομή και επίπτωση που κυμαίνεται μεταξύ 2% και 4,5% στον πληθυσμό. Ο σωματικός και ψυχοκοινωνικός αντίκτυπος της νόσου είναι σημαντικός και επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ενώ παραδοσιακά θεωρούνταν ασθένεια του δέρματος, τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχουν άφθονες και καλά τεκμηριωμένες ενδείξεις για τη συστηματική φύση της πάθησης με την ταυτόχρονη συμμετοχή στην φλεγμονή και άλλων οργάνων και συστημάτων. Η επικρατούσα συννοσηρότητα είναι υψηλή. Σε αυτήν συμπεριλαμβάνονται η ψωριασική αρθρίτιδα, το μεταβολικό σύνδρομο, η καρδιαγγειακή νόσος, η λιπώδης διήθηση του ήπατος, οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου, καθώς και ψυχιατρικές διαταραχές, ιδιαίτερα οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη, οι οποίες μπορεί να αλληλεπιδρούν αρνητικά σε σχέση με την ψωρίαση δημιουργώντας έναν επιβαρυντικό φαύλο κύκλο. Η ψωρίαση, σε σχέση με άλλες δερματοπάθειες, συνδέεται ισχυρότερα με ψυχικές διαταραχές. Νεότερες μελέτες συνδέουν μέσω παθοφυσιολογικών μηχανισμών χρόνιας φλεγμονής την κατάθλιψη, την ψωρίαση και τα αποτελέσματά τους και έρχονται να μας βοηθήσουν στο να κατανοήσουμε τη μεταξύ τους σχέση και προσεγγίζοντας ορθότερα την ολιστική θεραπευτική αντιμετώπιση αυτών των στενά συνδεδεμένων παθήσεων. Στη θεώρηση αυτή σημαντικό ρόλο έχουν διαδραματίζει οι νεότερες θεραπείες για την αντιμετώπιση της ψωρίασης και η μελέτη του τρόπου ζωής των ασθενών. Γνωρίζοντας τους υποκείμενους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς, οι θεράποντες μπορούν να κατευθύνουν σωστά τους ασθενείς ώστε να υποβάλλονται σε κατάλληλες εξετάσεις, προκειμένου να βελτιώνονται συνδυαστικά η ψωρίαση και οι συννοσηρότητές της αλλά και να αμβλύνονται οι συνυπάρχουσες ψυχικές παθολογικές διαταραχές.

## ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΒΙΟΔΕΙΚΤΩΝ ΣΤΟ STRESS ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ

**Δρ. Δημήτρης Παναγόπουλος**

Μοριακός Βιολόγος Γενετιστής - Επικεφαλής ερευνητών Green Biotech

Παρουσίαση στοιχείων μελετών σε εξέλιξη συσχέτισης του στρες και της ανθεκτικότητας με μετρήσεις βιοδεικτών. Οι βιοδείκτες συσχέτισης ανθεκτικότητας και απόκρισης στο στρες είναι: η κορτιζόλη, η DHEA και τα ενδοκανναβινοειδή: AEA, 2-AG, PEA, OEA. Η ανίχνευση και η μέτρηση αυτών των βιολογικών δεικτών μπορεί να διεξαχθεί σε δείγματα τρίχας, σάλιου, ούρων ή αίματος, χρησιμοποιώντας τις ίδιες διαδικασίες και τεχνικές όπως στην δοκιμή φαρμάκων και αλκοόλ. Η ανθεκτικότητα είναι η ικανότητα

να αντιμετωπίσει το άτομο μια κρίση ή να επιστρέψει γρήγορα στην κατάσταση προ της κρίσης. Είναι η διαδικασία της προσαρμογής ενάντια στις αντιξοότητες, το τραύμα, την τραγωδία, τις απειλές ή σημαντικές πηγές στρες - όπως προβλήματα σχέσεων ή προβλήματα στο χώρο εργασίας και παράγοντες άγχους. Η κορτιζόλη θεωρείται η κατεξοχήν ορμόνη του στρες. Όταν το στρες αυξάνει σε υψηλά επίπεδα για μεγάλο χρονικό διάστημα ή και άνω του μέσου όρου για πολύ μεγάλο διάστημα τα επίπεδα της κορτιζόλης στον οργανισμό είναι υψηλά και προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες. Στον αντίποδα το ενδογενές κανναβινοειδές σύστημα ρυθμίζει τη διάθεση και την ομαλή και αποδοτική προσαρμογή και αντίδραση ανθρώπου σε παράγοντες του περιβάλλοντος που προκαλούν στρες. Λειτουργεί με κεντρικούς CB1 και περιφερειακούς υποδοχείς CB2 και έχει πολλές διασυνδέσεις με διάφορες δομές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν τη διάθεση, τη μνήμη, τη γνώση, τον ύπνο και την όρεξη. Το ενδοκανναβινοειδές σύστημα, που αποτελείται από υποδοχείς κανναβινοειδών, ενδοκανναβινοειδή μόρια και μεταβολικά ένζυμα αποτελεί ένα κρίσιμο μοριακό σύστημα που χρησιμοποιεί το σώμα για να βοηθήσει στη διατήρηση της ομοιόστασης.

## Η ΚΒΑΝΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ: ΜΥΘΟΣ Η ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

**A. Κ. Κεφαλάς, Β. Γαβριήλ, Ε. Σαραντοπούλου, Ζ. Κόλλια**

Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Ινστιτούτο Θεωρητικής και Φυσικής Χημείας, Βασιλέως Κωνσταντίνου 48, Αθήνα 11635

Η άποψη της συνεκτικής (coherent) «Κβαντικής Δυναμικής του Εγκεφάλου» παρουσιάστηκε για πρώτη φορά από την Umezawa την δεκαετία του 1960<sup>[1]</sup>. Η χρήση της κβαντικής θεωρίας πεδίου και η σχετική μαθηματική πολυπλοκότητα προσδιόρισε την ανάπτυξη των ιδεών της κβαντικής λειτουργία του εγκεφάλου και της κβαντικής μνήμης μέσα από έναν σχετικά μικρό αριθμό επιστημονικών δημοσιεύσεων<sup>[2,3]</sup>. Η δυναμική κβαντική λειτουργία του εγκεφάλου βασίζεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ μίας σειράς αυθύπαρκτων χωρικά διασπασόμενων μακροσκοπικών κβαντικών σχηματισμών διαστάσεων ~ 50 μm έκαστος, οι οποίοι ονομάζονται «φωτόνια σήραγγας» και του διανυσματικού ηλεκτρομαγνητικού πεδίου. Η διατεταγμένη κβαντική δυναμική ενός τέτοιου μακροσκοπικού συμπλέγματος “φωτονίων σήραγγας” συνεπάγεται αφενός την υπεραγωγίμη λειτουργία του εγκεφάλου σε θερμοκρασία δωματίου, με αποτέλεσμα η επεξεργασία ενός μεγάλου όγκου πληροφοριών να απαιτεί την ελάχιστη δυνατή κατανάλωση ενέργειας και αφετέρου η εγκεφαλική μνήμη και η συνεργατική λειτουργία των διαφόρων εγκεφαλικών περιοχών να προκύπτει ως απόρροια της συνεκτικότητας των φωτονίων σήραγγας. Επιπροσθέτως, το σύστημα περιγράφεται πλήρως από τις ταλαντώσεις μεταξύ τριών κβαντικών καταστάσεων, μίας βασικής (λογική), μίας διεγερμένης (παράνοια) και μίας μετασταθούς (υπέρθυση λογικής και παράνοιας), όπου οι μεταβάσεις μεταξύ της βασικής και της διεγερμένης είναι απαγορευτικές, ενώ αυτές μεταξύ της τελευταίας και των δύο άλλων πιθανές, σε πλήρη συμφωνία με τη μετασταθή εγκεφαλική λειτουργία<sup>[4]</sup>.

[1] L.M. Ricciardi and H. Umezawa, *Kybernetik*, 4, 44-48 (1967).

[2] M. Jibu, k. Yasue, *Journ. Mind and behavior*, 18, 205-228 (1997).

[3] A. C. Cefalas, etal, *Journ. Theor. Comput. Nanosc.* 7, 1800-1805 (2010).

[4] E. Koutsoukos, E.Angelopoulos, *Schizophrenia Research* 193, 98-99, (2018)

## ΥΠΕΡΠΡΟΛΑΚΤΙΝΑΙΜΙΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΔΙΟ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

**Τουλούμης Χαράλαμπος**

Ψυχίατρος, Συντονιστής Διευθυντής, 5ο ΨΤΕ ΨΝΑ

Η υπερπρολακτιναιμία (PLH>20ng/ml για τους άνδρες και >25ng/ml για τις γυναίκες) παρατηρείται στο πλαίσιο πολλών καταστάσεων / διαταραχών, οι οποίες ταξινομούνται σαν ιατρογενείς (από χορήγηση φαρμάκων : αντιψυχωτικά, SSRIs, antiretrovirals, κιμεθιδίνη, ρανιτιδίνη, ομεπραζόλη, verapamil, ρεσερπίνη, methylDopa, triptorelin, από του στόματος αντισυλληπτικά), άλλες (προλακτίνωμα, κρανιοφαρυγγίωμα, άλλος όγκος του ΚΝΣ, χρόνια νεφρική νόσος, υποθυρεοειδισμός, έκτοπη παραγωγή PLH –μεγαλακρία, βρογχογενές CA, σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, the empty sella syndrome-), ή φυσιολογικές (κύηση, γαλουχία, στρες, ύπνος, σεξουαλική επαφή)

Η υπερπρολακτιναιμία πιθανόν να είναι ασυμπτωματική, συχνά όμως συνοδεύεται από πληθώρα συμπτωμάτων/σημείων (αμνησία, διαταραχές της εμμηνορρυσίας, διόγκωση των μαστών, γαλακτόρροια, σεξουαλική δυσλειτουργία, οστεοπόρωση στις γυναίκες και απώλεια ενδιαφέροντος για sex, στυτική δυσλειτουργία, γυναικομαστία, στειρότητα στους άνδρες).

Η υπερπρολακτιναιμία στο πλαίσιο της αντιψυχωτικής αγωγής (ΑΨ) προκαλείται από αποκλεισμό των D2 υποδοχέων της φυμα-

τοχοανικής ντοπαμινεργικής οδού και παρατηρείται μετά την χορήγηση κλασικών (αλοπεριδόλη, περφαιναζίνη, κλωροπρομαζίνη) ή άτυπων αντιψυχωτικών (ρισπεριδόνη, πελιπεριδόνη, αμισουλπρίδη). Η χορήγηση άτυπων ΑΨ κατά κανόνα προκαλεί σπανιότερα αύξηση της PLH και σαν λόγοι για αυτό αναφέρονται οι: ταχεία αποδέσμευση από τους D2 υποδοχείς (fast dissociation), η μεσομεταιχμιακή εκλεκτικότητα (limbic selectivity), η μικρότερη συγγένεια για τους D2 υποδοχείς και ο 5 HT<sub>2A,C</sub> αποκλεισμός. Οι στρατηγικές για την αντιμετώπιση της φαρμακογενούς υπερπρολακτιναιμίας περιλαμβάνουν

- Ελάττωση της ΔΣ του ΑΨ
- Αλλαγή του ΑΨ σε άλλο που δεν προκαλεί αύξηση της PLH (κλοζαπίνη, ζιπρασιδόνη, κουετιαπίνη, ολανζαπίνη)
- Προσθήκη αριπιπραζόλης
- Ορμονική υποκατάσταση (combined αντισυλληπτικό)
- Χορήγηση DA agonists (cabergoline, bromocryptine)

## **ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ ΚΑΙ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ**

### **A. Παρασάκης**

Ψυχίατρος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί», Αθήνα

Οι κλινικές «εκφάνσεις» της φλεβώδους θρομβοεμβολής (ΘΘΕ) είναι η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση (ΕΒΦΘ) και η πνευμονική εμβολή (ΠΕ). Σκοπός της ανασκόπησης μας στη βάση δεδομένων PubMed ήταν η διερεύνηση ενδεχόμενης συσχέτισης μεταξύ διαταραχών πήξης και λήψης αντιψυχωτικών (ΑΨ) σε ασθενείς με σχιζοφρένεια (ΣΧ). Σύμφωνα με τα αποτελέσματά της, διαφαίνεται διπλάσια (2x) αύξηση του θρομβοεμβολικού κινδύνου σε ασθενείς υπό ΑΨ αγωγή (γενικότερα). Ο κίνδυνος φαίνεται μεγαλύτερος τους 3 πρώτους μήνες θεραπείας, και για την ΠΕ ειδικότερα παρουσιάζεται υψηλότερος στους >=65(3x), στις γυναίκες(4x), κυρίως μάλιστα στις >=65(5x). «Ενοχοποιούνται» τα χαμηλής ισχύος «τυπικά» (λ.χ. κλωροπρομαζίνη), η κλοζαπίνη, η ολανζαπίνη και η ρισπεριδόνη. Τα ενέσιμα ΑΨ και ο συνδυασμός ΑΨ ενέχει υψηλότερο κίνδυνο. Ασφαλέστερα θεωρούνται τα υψηλής ισχύος «τυπικά» και από τα «άτυπα» η αριπιπραζόλη και η κουετιαπίνη. Τα ΑΨ αυξάνουν την πιθανότητα ΘΘΕ προξενώντας παχυσαρκία, μεταβολικό σύνδρομο, καταστολή, υψηλές τιμές αντιφωσολιπιδικών αντισωμάτων, αυξημένη «συσσωμάτωση» (aggregation) αιμοπεταλίων, υπερπρολακτιναιμία. Σε ψυχιατρικούς ασθενείς –περιλαμβανομένων εκείνων με ΣΧ-, καταστάσεις όπως κλινοφιλία, κατατονία, προστατευτικός κλινοστατισμός (>=8ωρών), παχυσαρκία (BMI>=30), λήψη αντισυλληπτικών, ύπαρξη κηρών/φλεβικής ανεπάρκειας, ηλικία 60-74 ετών, παρουσία δεικτών θρομβοφιλίας και αφυδάτωση αυξάνουν την πιθανότητα ΘΘΕ. «Κόκκινα σημαιάκια»: ιστορικό πρότερου θρομβοεμβολικού επεισοδίου, καρκίνος (ενεργός/σε ύφεση), ηλικία >=75 ετών, λοιμώξεις (λ.χ. αναπνευστικού, σήψη), παρόξυνση ΧΑΠ. Αντίμετρα: ενθάρρυνση κινητικής δραστηριότητας (ιδίως των κάτω άκρων), επαρκής ενυδάτωση, καλή γνώση σωματικής συννοσηρότητας/λήψης έτερων αγωγών (λ.χ. αντισυλληπτικών), αυξημένη εγρήγορση για σημεία ΕΒΦΘ (ασύμμετρο οίδημα/ερυθρότητα/πόνος άκρων) ή ΠΕ (αιφνίδια δύσπνοια/ταχύπνοια/διαξιφιστικό θωρακικό άλγος/ αιμόπτυση/συγκοπή). Η επιλογή (κατά προτίμηση ενός) ΑΨ σε περιπτώσεις ύπαρξης έτερων παραγόντων κινδύνου οφείλει να γίνεται με επίσκεψη από τον ψυχίατρο.

1. Maly R, Masopust J, Hosak L et al. Assessment of risk of venous thromboembolism and its possible prevention in psychiatric patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62: 3-8.
2. Masopust J, Maly R, Valis M. Risk of venous thromboembolism during treatment with antipsychotic agents. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 66: 441-52.

## **ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ. ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

### **Αθνή Μαρί**

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Β' Ψυχιατρική κλινική.

Τα συμπτώματα μεταβολικού συνδρόμου επαγόμενα από αντιψυχωσική αγωγή είναι μείζονας σημασίας ως προς την ψυχοφαρμακολογία και την κλινική ψυχιατρική. Σχεδόν όλα τα αντιψυχωσικά φάρμακα, τυπικά FGAs και άτυπα SGAs μπορούν να προκαλέσουν μεταβολικές διαταραχές. Τα SGAs είναι φάρμακα επιλογής ως προς την διαχείριση της ψυχικής νόσου σε σχέση με τα FGAs τόσο για την υπεροχή επίδραση στα παραγωγικά και αρνητικά συμπτώματα όσο και για τα μειωμένη εμφάνιση στα εξωπυραμιδικά κινητικά σημεία. Ωστόσο, η συνεχώς αυξανόμενη χρήση τους έχει αποδείξει (κυρίως η κλοζαπίνη και η ολανζαπίνη) να επιδρούν στον ενδοκρινολογικό, μεταβολικό και καρδιολογικό άξονα. Έχουν συνδεθεί με επίδραση στο ενεργειακό ισοζύγιο επηρεάζοντας

στο ΚΝΣ μέσω των αποκλεισμό των υποδοχέων H1 και 5HT<sub>2C</sub> στον εγκέφαλο και στα περιφερικά όργανα με την αναστολή έκκρισης ινσουλίνης μέσω αποκλεισμού μουςκαρινικών M3 υποδοχέων στο πάγκρεας, με μεταβολές στα επίπεδα λεπτίνης πλάσματος, αύξηση σωματικού βάρους, υπεργλυκαιμία, δυσλιπιδαιμία, μη αλκοολική λιπώδη ηπατική νόσο σακχαρώδη διαβήτη και καρδιαγγειακά νοσήματα. Η αύξηση σωματικού βάρους και οι λοιπές μεταβολικές διαταραχές, μπορεί να οδηγήσουν σε μειωμένη συμμόρφωση ή και διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής και υποτροπή της ψυχικής νόσου. Ως εκ τούτου, θα γίνει μια ανασκόπηση των τελευταίων δεδομένων για τους κεντρικούς και περιφερικούς μηχανισμούς μεταβολικών διαταραχών επαγόμενων από αντιψυχωσικά φάρμακα.

**KEYWORDS:** αντιψυχωσικά, μεταβολικό σύνδρομο, παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, δυσλιπιδαιμία.

## ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΘΕΡΜΟΡΥΘΜΙΣΗΣ

**Τόλλος Ιωάννης,**

ειδικευόμενος ψυχιατρικής, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Από τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα η μέση θερμοκρασία του πλανήτη έχει αυξηθεί κατά 0,6±0,2 °C (υπερθέρμανση του πλανήτη), απορρυθμίζοντας τις φυσιολογικές διακυμάνσεις της θερμοκρασίας και οδηγώντας σε κατά τόπους ακραίες τιμές. Τα φαινόμενα αυτά υποσκελίζουν την ικανότητα του οργανισμού να διατηρήσει θερμική ομοιόσταση· ιδιαίτερος δε αυτό αφορά ευπαθείς ομάδες. Μία από αυτές, όπως έχει καταδειχθεί ήδη από 40ετίας, είναι οι ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν αντιψυχωσική αγωγή. Πολυάριθμες μελέτες έχουν αναδείξει ότι η αντιψυχωσική αγωγή επάγει διαταραχές θερμορύθμισης. Συγκεκριμένα, τα νευροληπτικά φάρμακα, μέσω ντοπαμινεργικής αναστολής, αμβλύνουν την απόκριση του πρόσθιου υποθαλάμου στις αλλαγές της θερμοκρασίας του σώματος και μειώνουν το αίσθημα της δίψας· μέσω αντιχολινεργικής δράσης αναστέλλουν την παραγωγή ιδρώτα, ενώ παράλληλα προκαλούν αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος μέσω του αυξημένου τόνου των μυών – εξωπυραμιδικής συνδρομής. Οι ανωτέρω μηχανισμοί καθιστούν την λήψη αντιψυχωσικής αγωγής παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση διαταραχών υπερθερμίας. Την ίδια στιγμή, κλινικές μελέτες έχουν επισημάνει αυξημένη επίπτωση υποθερμίας σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιψυχωσική αγωγή, η οποία συσχετίζεται ειδικότερα με αναστολή των 5-HT και α2-αδρενεργικών υποδοχέων, αλλά και ενδεχόμενες συμπεριφορικές μεταλλαγές απάθειας και αβουλσίας, συμπτώματα που ακινητοποιούν τον ασθενή στην αναζήτηση προστασίας από ενδεχόμενη μείωση της θερμοκρασίας περιβάλλοντος. Η γνώση των ανωτέρω μηχανισμών θα βοηθήσει τον κλινικό ψυχίατρο στην παροχή αρτιότερης φροντίδας σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιψυχωσική αγωγή.

## ΕΙΝΑΙ Η ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ ΠΟΛΥΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΝΟΣΟΣ;

**Κ. Μπινιώτης**

Οι ασθενείς που πάσχουν από διαταραχές του σχιζοφρενικού φάσματος παρουσιάζουν παθολογικά ευρήματα που εντοπίζονται τόσο στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) όσο και στην περιφέρεια. Η σημασία αυτών των παρατηρήσεων, οι συσχετίσεις μεταξύ τους καθώς και η σύνδεσή τους με την εμφάνιση και πορεία των ψυχωτικών διαταραχών αποτελούν αντικείμενο της διεθνούς έρευνας.

Βασικά ερωτήματα που τίθενται σχετικά με αυτούς τους παθολογικούς δείκτες είναι αν αποτελούν αιτιώδεις παράγοντες ή συνέπειες της ψυχικής νόσου και αν είναι ειδικοί για την ψύκωση. Αρκετές ερευνητικές μελέτες εστιάζουν στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο ώστε να περιοριστούν οι δευτερογενείς επιπτώσεις της νόσου. Πρόσφατα δημοσιευμένη, συστηματική ανασκόπηση διερεύνησε τα αποτελέσματα αυτών των εργασιών που συμπεριλάμβαναν μεγάλο αριθμό ασθενών και μαρτύρων. Η μελέτη αυτή ανέδειξε ποικίλα ευρήματα στο ΚΝΣ καθώς και σε - συγκρίσιμα σε έκταση - άλλα συστήματα (ανοσοποιητικό, ενδοκρινικό, καρδιομεταβολικό). Επιπλέον, παρουσιάστηκαν κάποιες ενδείξεις συσχέτισεων μεταξύ τους.

Έχουν διατυπωθεί διάφορες υποθέσεις αναφορικά με αυτές τις παρατηρήσεις. Σύμφωνα με ένα μοντέλο ερμηνείας, σωματικές παθολογικές διεργασίες (όπως οι διαταραχές των επιπέδων γλυκόζης και λιπιδίων) καταγράφονται στην πρόδρομη φάση της ψύκωσης ενώ ένα άλλο μοντέλο υποστηρίζει ότι αυτές (όπως οι διαταραχές των επιπέδων κυτοκινών και κορτιζόλης) συνιστούν επακόλουθο των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Η ετερογένεια των ευρημάτων στον εγκέφαλο και το σώμα υποδεικνύει, ενδεχομένως, αποκλίνουσες παθοφυσιολογικές ακολουθίες όμως, κάποιες συσχετίσεις μεταξύ τους υποδηλώνουν κοινή αιτιοπαθογένεια. Μελλοντικές εργασίες θα μπορούσαν να διερευνήσουν περαιτέρω τη σημασία αυτών των αποτελεσμάτων. Προοπτικές, μακρόχρο-



νες μελέτες σε άτομα υψηλού κινδύνου εμφάνισης ψύκωσης θα ήταν περισσότερο διαφωτιστικές.

1. Pillinger T, D'Ambrosio E, McCutcheon R, Howes OD. Is psychosis a multi-system disorder? A meta-review of central nervous system, immune, cardiometabolic, and endocrine alterations in first episode psychosis and perspective on potential models. *Molecular psychiatry* 2018; 24 (6), 776
2. Belvederi Murri M, Pariante CM, Dazzan P, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and clinical symptoms in first-episode psychosis. *Psychoneuroendocrinology* 2012;37:629–44.

## ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

**Σ.Ε.Καραουλάνης**

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Ψυχιατρικό Τμήμα, Επιμελήτης Α, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

Η σχιζοφρένεια εμφανίζει μεγάλη συννοσηρότητα με σωματικές παθήσεις, με συνέπεια να μειώνεται το προσδόκιμο ζωής. Το φαινόμενο αυτό είναι πιο έντονο στις γυναίκες. Η συννοσηρότητα αυτή οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως η ανθυγιεινή διατροφή, η αύξηση βάρους, το μεταβολικό σύνδρομο, η παράλληλη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, η έλλειψη άσκησης, οι λοιμώξεις ως αποτέλεσμα παραμέλησης της προσωπικής υγιεινής και ριψοκίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς. Επίσης και η ίδια η ψυχοπαθολογία μπορεί να οδηγήσει σε θανατηφόρα ατυχήματα αλλά και σε αυτοκτονία.

Η έλλειψη συμμόρφωσης στη θεραπεία αποτελεί βασικό παράγοντα μείωσης του προσδόκιμου ζωής. Όταν υπάρχει επαρκής συμμόρφωση τότε η δοσολογία του χορηγούμενου σκευάσματος και η οδός χορήγησης παίζουν σημαντικό ρόλο. Σε χρόνιους ασθενείς με σχιζοφρένεια ο κίνδυνος θνησιμότητας είναι χαμηλότερος όταν η έκθεση στα αντιψυχωσικά είναι χαμηλή ή μέτρια και όταν λαμβάνουν την αντιψυχωσική αγωγή με τη μορφή ενέσιμων σκευασμάτων μακράς διάρκειας.

Η αντιμετώπιση της αυξημένης θνησιμότητας των ασθενών με σχιζοφρένεια απαιτεί συντονισμένη δράση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, με βασικό γνώμονα την πρόληψη των υποτροπών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητας. Συνεπώς, η εφαρμογή του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής στη σχιζοφρένεια.

### Βιβλιογραφία

1. Bitter I, Czobor P, Borsi A et al. Mortality and the relationship of somatic comorbidities to mortality in schizophrenia. A nationwide match cohort study. *European Psychiatry* 45(2017):97-103
2. Taipale H, Mittendorfer-Rutz E, Alexanderson K et al. Antipsychotics and mortality in a nationwide cohort of 29.823 patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2017;197:274-280

## Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΣΤΑΣΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ

**Παναγιώτης Μάλλιαρης**

Ψυχίατρος, Επιμελήτης Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Γ. Ν. Καρδίτσας, Πανεπιστημιακός Υπότροφος Ψυχιατρικής Κλινικής Π.Γ.Ν. Λάρισας

Η αξία της διαστασιακής προσέγγισης των διαταραχών του σχιζοφρενικού φάσματος αναδεικνύεται καθημερινά τόσο στην κλινική πράξη, σε περιπτώσεις που η συνύπαρξη ψυχωτικών και μη συμπτωμάτων καθιστά δυσχερή τη διαφορική διάγνωση, όσο και ερευνητικά, καθώς επιτρέπει την ανάδειξη συσχετίσεων ανάμεσα στις διαστάσεις των ψυχωτικών συμπτωμάτων, όσο και με άλλες μεταβολίτες.

Στην τελευταία έκδοση του DSM-V προτείνεται η χρήση της κλίμακας 8 διαστάσεων CRDPSS (Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity). Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της έντασης οκτώ σημαντικών συμπτωμάτων στις ψυχωτικές διαταραχές, όπως οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες, η αποδιοργάνωση λόγου, η ψυχοκινητική συμπεριφορά, τα αρνητικά συμπτώματα (τα οποία χρησιμοποιούνται και για την κατηγορική διάγνωση των διαταραχών αυτών), καθώς και τη γνωστική επιβάρυνση, τα καταθλιπτικά και τα μανιακά συμπτώματα, σε μία κλίμακα από 0-4.

65 ασθενείς με διάγνωση διαταραχής του σχιζοφρενικού φάσματος, που παρακολουθούνται στο Ιατρείο Έγκαιρης Παρέμβασης στην Ψύκωση του ΠΓΝ Λάρισας αξιολογήθηκαν του τελευταίου 18 μήνες με τη χρήση της CRDPSS. Η γνωστική επιβάρυνση, όπως αυτή μελετήθηκε με τη χρήση της κλίμακας MoCA, παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την ένταση των περισσότερων (αλλά όχι

όλων) των υπολοίπων διαστάσεων.

Προτείνουμε τη συνεχή αξιολόγηση των γνωστικών λειτουργιών όλων των ψυχωτικών ασθενών και την περαιτέρω ερευνητική μελέτη με χρήση της CRDPSS, καθώς η πρόσφατη επιδείνωση αυτών μπορεί να αποτελεί ένα πρώιμο κλινικό δείκτη υποτροπής.

## ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ: ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ

**Αδάμος Κωνσταντίνου**

Ψυχίατρος MD, MSc, επιστημονικός υπεύθυνος “Ιπποκράτειο Θεραπευτήριο”, ακαδημαϊκός υπότροφος Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Η σχιζοφρένεια είναι μια ετερογενής, πολυδιάστατη νόσος. Μπορεί να θεωρηθεί επίσης ως ένα μεταβολικό σύνδρομο (και με τη συμβολή της φαρμακοθεραπείας) με επίδραση στο καρδιαγγειακό σύστημα (Akbarian, 2014). Αυτή η “ιδιότητα” μαζί με την αυτοκτονικότητα αποτελούν τα κύρια αίτια του μειωμένου προσδόκιμου ζωής περίπου κατά 15 έτη σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Καθίσταται λοιπόν επιτακτική η ανάγκη ανακάλυψης και εφαρμογής νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων στη σχιζοφρένεια. Σε αυτή τη βάση η προσοχή εστιάζεται τα τελευταία χρόνια στις συσχετίσεις της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου και των νευροψυχιατρικών διαταραχών. Η μικροβιακή χλωρίδα του εντέρου εξυπηρετεί στη διατήρηση της ομοιόστασης και της υγείας του ατόμου με τη συμβίωση του οικοσυστήματος του εντέρου και του εγκεφάλου να σχετίζεται με την ομαλή ψυχική υγεία και αντίστοιχα να αποτελεί παράγοντα κινδύνου όταν αυτή η συμβίωση διαταράσσεται (Mangiola και συν., 2016). Σε αυτή την παρουσίαση θα συμπεριληφθούν οι τρέχουσες πληροφορίες για το ρόλο της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου, τους επιγενετικούς μηχανισμούς της καθώς και τις νέες τεχνολογικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις, που εμπλέκουν το εντερικό μικροβίωμα, στη σχιζοφρένεια.

Akbarian S. 2014. Epigenetic mechanisms in schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci*. 16:405–417.

Mangiola F, Ianiro G, Franceschi F, Fagioli S, Gasbarrini G, Gasbarrini A. 2016. Gut microbiota in autism and mood disorders. *World J Gastroenterol*. 22:361–368.

## ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΕΝΤΕΡΙΚΟ ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΤΕΡΟ-ΕΠΑΓΟΜΕΝΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ

**Τόλλος Ιωάννης,**

ειδικευόμενος ψυχιατρικής, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΩΝ»

Το ανθρώπινο έντερο αποικίζεται από πολλά τετράκις εκατομμύρια μικροβίων, γνωστά ως εντερικό μικροβίωμα. Τα τελευταία 15 χρόνια, η διεθνής βιβλιογραφία έχει καιρία αναδείξει τον ρόλο του εντερικού μικροβιώματος στην διαμεσολάβηση μιας πολυσήμαντης «συνομιλίας» μεταξύ του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) και του Εντέρου, και ειδικότερα σε παθοφυσιολογικές διεργασίες ανάπτυξης νευροψυχιατρικής νόσου. Συγκεκριμένα, έχει φανεί ότι η σύνθεση του εντερικού μικροβιώματος στον εντερικό αυλό ενέχεται σε διαδικασίες χρόνιας φλεγμονής, τόσο στην περιφέρεια όσο και στο ΚΝΣ, ενώ η αυξημένη διαπερατότητα του εντέρου στα προϊόντα και κατάλοιπα του εντερικού μικροβιώματος συντελεί σε ανοσολογική απορρύθμιση και διέγερση του άξονα Υποθάλαμου-Υπόφυσης-Επινεφριδίων. Παράλληλα, το εντερικό μικροβίωμα λειτουργεί ως νευροενδοκρινές όργανο με την αυτόνομη παραγωγή νευροδιαβιβαστών, ικανών για ανοσολογική ενεργοποίηση και νευροενδοκρινική ρύθμιση του ΚΝΣ. Κοινός παρονομαστής των ανωτέρων διεργασιών, η νευρο-φλεγμονή (neuro-inflammation), διαδραματίζει καιρίο ρόλο στην αιτιοπαθγένεια της κατάθλιψης, όπως έχει καταδειχθεί από πολυάριθμες μελέτες στο παρελθόν. Η γνώση των μηχανισμών μέσω των οποίων η εντερο-επαγόμενη φλεγμονή οδηγεί στην ανάπτυξη καταθλιπτικών εκδηλώσεων θα ανοίξει τον δρόμο σε νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, ενισχύοντας, αισίως, την φαρμακολογική φαρέτρα της Κλινικής Ψυχιατρικής.

## ΝΕΥΡΟΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ - ΒΑΣΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ»

**Μαρία Καλλέργη, Ph.D.**

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανασκόπηση και σύγκριση των κυριότερων μη επεμβατικών τεχνικών που χρησιμοποιούνται για την νευροαπεικόνιση, δηλαδή την απεικόνιση του εγκεφάλου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ: Σύντομη περιγραφή και παραδείγματα εφαρμογής κύριων τεχνικών νευροαπεικόνισης όπως αξονικής τομο-



γραφίας (CT), ηλεκτροεγκεφαλογραφίας (ΗΕΓ), μαγνητοεγκεφαλογραφίας (ΜΕΓ), λειτουργικής μαγνητικής τομογραφίας (fMRI), φασματοσκοπίας εγγύς υπερύθρου (NIRS), ποζιτρονικής τομογραφίας (PET), απλής ή σε συνδυασμό με την αξονική τομογραφία (PET/CT) ή την μαγνητική τομογραφία (MRI).

**ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ:**

- Οι μη επεμβατικές τεχνικές που εφαρμόζονται για την άμεση ή έμμεση απεικόνιση του εγκεφάλου κατηγοριοποιούνται σε ανατομικές και λειτουργικές. Οι ανατομικές χαρακτηρίζουν την δομή και επιτρέπουν την διάγνωση ενδοκρανιακών ασθενειών (όγκων και τραυματισμών). Οι λειτουργικές επιτρέπουν την διάγνωση μεταβολικών ασθενειών και ανωμαλιών μικρής κλίμακας (π.χ., Alzheimer) καθώς και χαρακτηριστικά νευρολογικών και γνωστικών-ψυχολογικών διαταραχών.
- Οι λειτουργικές τεχνικές νευροαπεικόνισης κατατάσσονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στην πρώτη ανήκουν τεχνικές όπως η ΗΕΓ και η ΜΕΓ, οι οποίες καταγράφουν την ηλεκτρική δραστηριότητα ομάδων κυττάρων στον εγκέφαλο. Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν τεχνικές όπως η PET, η (fMRI), και η NIRS, οι οποίες καταγράφουν αλλαγές στην ροή αίματος που σχετίζονται με εγκεφαλική δράση.
- Ιδιαίτερο ενδιαφέρον σήμερα παρουσιάζουν οι υβριδικές τεχνικές, όπως PET/CT και PET/MRI, που συνδυάζουν ανατομικές και λειτουργικές πληροφορίες.
- Οι τεχνικές νευροαπεικόνισης έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά και η επιλογή μιας από αυτές καθορίζεται από το αντικείμενο της απεικόνισης και το είδος της μέτρησης

## ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

**Εμμανουήλ Ρίζος MD, Ph.D**

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».

Τις τελευταίες δεκαετίες έρευνες έχουν αναδείξει την αναπτυξιακή θεωρία της Σχιζοφρενικής Διαταραχής. Συγκεκριμένα, γενετικοί και επιγενετικοί – περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να αποτελούν παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης Σχιζοφρένειας, κατά την προ και μετά γενετική χρονική περίοδο, επηρεάζοντας την ανάπτυξη νευρωνικών κυκλωμάτων και δομών του εγκεφάλου. Πρόσφατες απεικονιστικές μελέτες επιβεβαιώνουν την αναπτυξιακή θεωρία της σχιζοφρένειας με μεταβολές ογκομετρικές και λειτουργικές εγκεφαλικών δομών όπως ο ιππόκαμπος, η αμυγδαλή, ο προμετωπιαίος φλοιός κλπ.

Ανάμεσα στους πρώιμους επιγενετικούς – περιβαλλοντικούς παράγοντες οι ιογενείς λοιμώξεις της μητέρας φαίνεται να αποτελούν σοβαρούς παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης της Σχιζοφρένειας κατά την φάση της ενήλικης ζωής. Οι ιοί της γρίπης, ερυθράς, ιλαράς, HSV 1 και 2, HIV, ρετροϊοί κλπ φαίνεται να οδηγούν μέσω ανοσοολογικών μηχανισμών στην μεταβολή της γονιδιακής ρύθμισης επηρεάζοντας έτσι δυσμενώς την νευροανάπτυξη του εμβρύου κατά την φάση της κύησης αλλά και κατά την μετά-γενετική περίοδο.

Μεγαλύτερος αριθμός μελετών είναι ανάγκη να πραγματοποιηθεί, προκειμένου να ερευνηθεί εάν υπάρχει μια «ευαίσθητη περίοδος» κατά την φάση της νευροανάπτυξης του εγκεφάλου του εμβρύου και την επίδραση των προγενετικών λοιμώξεων. Τα γενετικά και ανοσοολογικά δεδομένα θα οδηγήσουν στο να διευκρινισθούν οι παράγοντες που οδηγούν στην γενετική ευαλωτότητα ως αποτέλεσμα ιογενών λοιμώξεων.

1. Schmitt A et al, The impact of environmental factors in severe psychiatric disorders. Front In Neurosci 2014.
2. Rizos E., et al, A longitudinal study of alterations of hippocampal volume and serum BDNF levels in association to atypical antipsychotics in a sample of first-episode patients with schizophrenia. PLoS One 2014. Feb 13,9(2).

## ΟΙ ΕΝΔΟΓΕΝΕΙΣ ΡΕΤΡΟΪΟΙ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΚΑΙ Η ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΟΥΣ ΣΕ ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

**Νικόλαος Σιαφάκας, B.Sc., M.Sc., Ph.D.**

Βιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Διαγνωστικής Ιολογίας Εργαστήριο Κλινικής Μικροβιολογίας ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Είναι αξιοθαύμαστη η σχετικά πρόσφατη ανακάλυψη ότι το 8% του γενετικού υλικού του ανθρώπου αντιπροσωπεύεται από γενετικά απολιθώματα ρετροϊών. Προέρχονται από πλήρως λειτουργικούς και μολυσματικούς ιούς οι οποίοι, μέσω της παράδοξης λειτουργίας της αντίστροφης μεταγραφής, ενσωμάτωσαν το γενετικό τους υλικό σε γεννητικά κύτταρα του ξενιστή, διακλωνίζοντας τη συνύπαρξή τους μαζί του και διαμορφώνοντας, ως ένα βαθμό το γενετικό του υλικό. Οι ενδογενείς αυτοί ρετροϊοί (ERV)



αναγνωρίζονται από τη γενετική ομοιότητά τους με τους λοιμώδεις ρετροϊούς που κυκλοφορούν, ακόμα και εάν έχουν περάσει χιλιάδες, ή και εκατομμύρια χρόνια από την ενσωμάτωσή τους στο DNA του ξενιστή. Οι επιπτώσεις αυτής της ενσωμάτωσης μπορεί να είναι ουδέτερες, θετικές ή αρνητικές για τον ξενιστή, ανάλογα με το είδος του ERV. Η πλειοψηφία των ERV περιέχει μεταλλάξεις οι οποίες αποτρέπουν την έκφραση των ιικών σωματιδίων. Ολοένα και περισσότερες μελέτες, όμως, έχουν δείξει ότι η περιοχή ενσωμάτωσης ERV εντός ή πλησίον συγκεκριμένων γονιδίων του ξενιστή, η ρύθμιση της γονιδιακής έκφρασης μέσω νουκλεοτιδικών αλληλουχιών που δρουν ως υποκινητές, ή προωθητές, ή micro-RNA και η έκφραση και λειτουργία πρωτεϊνών συγκεκριμένων ERV αποτελούν 3 τρόπους με τους οποίους ένας ERV μπορεί να επηρεάσει τον ξενιστή του και να οδηγήσει σε παθολογικές καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων νευροψυχιατρικών εκδηλώσεων όπως είναι η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή. Θέλει εξαιρετικά μεγάλη προσοχή η ερμηνεία της έκφρασης συγκεκριμένων HERV σε κλινικά σύνδρομα, διότι μπορεί να μην είναι η αιτία, αλλά το αποτέλεσμα του συνδρόμου στο οποίο παρατηρείται, χωρίς όμως και πάλι να μειώνεται η πιθανή αξία των HERV ως διαγνωστικοί βιοδείκτες των συγκεκριμένων συνδρόμων.

## HIV ΛΟΙΜΩΞΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ, ΑΠΟΤΟΚΕΣ ΠΡΟΣΒΟΛΗΣ ΤΟΥ ΚΝΣ

**Αντώνης Μαυρόματος**

Ειδικομένος Ψυχιατρικής, Υποψήφιος Διδάκτωρ Ε.Κ.Π.Α., Β' Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. "ΑΤΤΙΚΟΝ"

Οι ψυχιατρικές εκδηλώσεις που συνοδεύουν τη λοίμωξη από τον HIV οφείλονται είτε σε άμεση προσβολή του ιού είτε σε ευκαιριακές λοιμώξεις του εγκεφάλου. Ο ιός προσβάλλει κυρίως κύτταρα της μικρογλοίας και μακροφάγα του εγκεφάλου οδηγώντας σε χρόνια ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος στο ΚΝΣ, που μπορεί να καταλήξει σε νευρικές βλάβες και απόπτωση των νευρώνων. Υπάρχουν δύο κυρίως σύνδρομα από την άμεση προσβολή του ΚΝΣ. Η ελάσων κινητική – γνωσιακή διαταραχή (Mild Cognitive Motor Disorder, MCMD) και η άνοια σχετιζόμενη με AIDS (HIV Associated Dementia, HAD). Εκτός από διαταραχές των νοητικών λειτουργιών, εμφανίζονται συμπτώματα από τη συναισθηματική σφαίρα, αλλά και στη συμπεριφορά όπως απάθεια, κατάθλιψη, μανιοκόμορφη συμπεριφορά και ψύχωση, με αποτέλεσμα να τίθενται και θέματα διαφορικής διάγνωσης. Η καλύτερη αναγνώριση τέτοιων καταστάσεων μπορεί να βοηθήσει τον ειδικό στην έγκαιρη και αποτελεσματική παρέμβαση.

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

**Έλενα Δραγκιώτη**

EuroPsyPsychologist, Associate Professor, Department of Medical and Health Sciences, Linköping University, Linköping (LiU), Sweden.

Η αυτοκτονία είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο. Σύμφωνα με τα επίσημα στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ο ρυθμός αυτοκτονίας κυμαίνεται από 0,6 έως 35,1 (ανά 100.000 κατοίκους). Μαζί, το ετήσιο ποσοστό θνησιμότητας λόγω αυτοκτονίας εκτιμάται ότι είναι μεγαλύτερο ακόμα και από το συνδυασμένο ποσοστό θνησιμότητας λόγω πολέμου και ανθρωποκτονίας. Η συχνότητα των αυτοκτονιών κυμαίνεται ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου, ενώ η μέθοδος διαφέρει ανά χώρα και συνδέεται εν μέρει με τη διαθεσιμότητα. Κατά τη διάρκεια της δεύτερης και τρίτης δεκαετίας της ζωής, η αυτοκτονία είναι η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου. Οι αυτοκτονίες που έχουν ολοκληρωθεί είναι τρεις φορές πιο συχνές στους άνδρες από τις γυναίκες. Περίπου το 78% όλων των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών εμφανίζεται στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Ως πιο χρησιμοποιούμενη μέθοδος για τις ΗΠΑ καταγράφεται η χρήση πυροβόλου όπλου, ενώ ο απαγορισμός για την Ευρώπη. Η πλειονότητα των αυτοκτονιών παγκοσμίως σχετίζεται με ψυχιατρικές ασθένειες. Μεταξύ αυτών, η κατάθλιψη, η χρήση ουσιών και η ψύχωση αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου. Ωστόσο, οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές της προσωπικότητας, οι διατροφικές διαταραχές, οι μετατραυματικές διαταραχές, καθώς και διάφορες χρόνιες οργανικές παθήσεις, προσθέτουν σημαντικά σε αφύσικες αιτίες θανάτου σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Έρευνες δείχνουν ότι τα αριθμητικά στοιχεία για την αυτοκτονία είναι υψηλότερα από αυτά που καταγράφονται επίσημα, καθώς υπάρχει σημαντική έλλειψη δεδομένων για πολλές χώρες. Ο ΠΟΥ καταβάλλει γενναίες προσπάθειες για τη βελτίωση της αναφοράς του φαινομένου. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία από περισσότερες από 100 χώρες.

Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(7). pii: E1425. doi: 10.3390/ijerph15071425.  
Kessler R, Berglund P, Borges G, et al. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990–1992 to 2001–2003. *JAMA* 2005; 293(20):2487–95

Värnik P. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health*. 2012; 9(3):760–71. doi: 10.3390/ijerph9030760.

## ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΜΜΕ-SOCIAL MEDIA

**Κ. Τσαμάκης**

Η αυτοκτονία συνιστά ένα παγκόσμιο φαινόμενο που αφορά όλες τις ηλικιακές περιόδους της ζωής του ατόμου και συνιστά την 18η κύρια αιτία θανάτου. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των αυτοκτονιών διαπράττονται από άτομα τα οποία έχουν διαγνωστεί με μια ή περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές πριν από το θάνατό τους. Οι διαταραχές της διάθεσης και η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας αποτελούν δύο από τις συχνότερες διαγνώσεις που έχουν συνδεθεί με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας του ασθενούς, ενώ στην περίπτωση συννοσηρότητας με κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή ο κίνδυνος αυτός ενισχύεται. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά συνδέονται με το καταθλιπτικό συναίσθημα και τη σοβαρότητα του καταθλιπτικού επεισοδίου, την αίσθηση απελπισίας, αβοηθησίας και αναξιότητας, την επιθετικότητα, την παρορμητικότητα, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τη μονακτικότητα, τα ελλείμματα στις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, την περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη. Ενώ μετά την παρέμβαση στην κρίση απαιτείται συνέχιση της θεραπείας, εφόσον μετά από μια απόπειρα ο κίνδυνος για τους ασθενείς με ψυχοπαθολογία είναι 40 φορές υψηλότερος σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, ένα μικρό ποσοστό λαμβάνει την απόφαση να συνεχίσει. Αυτό συνεπάγεται την αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός σχεδίου για τη διατήρηση της συνεργασίας του θεραπευτή ή της ομάδας των θεραπειών με τον ασθενή και την οικογένειά του προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος εκδήλωσης αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Οι παρεμβάσεις που εφαρμόζονται μετά την αποχώρηση από το νοσοκομείο και αποσκοπούν στη διατήρηση της επαφής με τους ασθενείς αφορούν σε κατ' οίκον επισκέψεις, αποστολή ηλεκτρονικών μηνυμάτων και ταχυδρομικών καρτών, τηλεφωνικές γραμμές διαχείρισης της κρίσης. Το γεγονός της εκδήλωσης ενδιαφέροντος από την πλευρά του θεραπευτή, ο οποίος στα πλαίσια των παρεμβάσεων μετά τη νοσηλεία λειτουργεί σαν ένα προσωρινό τεχνητό δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης, χωρίς να απευθύνει κάποια απαίτηση προς τον ασθενή, διευκολύνει την επανασύνδεση του ασθενούς με τον φορέα ψυχικής υγείας ενισχύοντας την αίσθηση συνδεσιμότητας και την αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη. Εξίσου σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς διαδραματίζει η συμπερίληψη στο σχεδιασμό της παρέμβασης της οικογένειας ή σημαντικών άλλων που παρέχουν υποστήριξη στο άτομο μετά τη νοσηλεία.

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

**Παπαδοπούλου Αθ.**

Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υπαγορεύει άρτια όχι μόνο τα πιθανά αιτιολογικά στοιχεία των ψυχικών διαταραχών, αλλά και την διαγνωστική και θεραπευτική προσέλαση αυτών. Η οικουμενικότητα των ψυχικών διαταραχών και η εμφάνισή τους σε όλες τις εποχές και τα πολιτισμικά πλαίσια συνοδεύεται από προκλήσεις στην ανίχνευση και στην αντιμετώπιση τους, στον βαθμό που οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες μπορούν να επηρεάζουν την κλινική έκφραση, αλλά και να θέτουν ειδικά ζητήματα στην προσέγγιση των ασθενών και στην ολιστική φροντίδα τους. Η εξοικείωση του κλινικού με ασθενείς που έχουν διαφορετικά πολιτισμικά χαρακτηριστικά υπαγορεύεται στην σύγχρονη εποχή, ακριβώς επειδή η μετακίνηση των πληθυσμών για οικονομικούς και άλλους λόγους εντάσσεται σε μία διεθνή πραγματικότητα. Ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια και οι αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές, στις οποίες η μετανάστευση αποτελεί αναγνωρισμένο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνισή τους, κυριαρχούν στα κλινικά θέματα που καλείται να διαχειρισθεί ο επαγγελματίας υγείας όταν αξιολογεί τους ασθενείς αυτούς. Η συστηματική εκπαίδευση και προετοιμασία, αλλά και η ευαισθητοποίηση των ειδικών σε ζητήματα διαπολιτισμικής ψυχιατρικής αποτελούν καίριες συνιστώσες στην αποτελεσματική και δεοντολογική κλινική πρακτική.

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

**Ιωάννα Θεοδωρίδου,**

Κλινική Ψυχολόγος, Β' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».

Η είσοδος διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων στη χώρα μας είχε σαν αποτέλεσμα να αναδειχθούν πολλά προβλήματα επικοινωνίας τα οποία επηρέασαν αρνητικά την ένταξη των μεταναστών στη χώρα υποδοχής.

Ειδικότερα στο χώρο της ψυχικής υγείας παρατηρήθηκε αδυναμία των επαγγελματιών υγείας να αντιληφθούν και να κατανοήσουν τα συμπτώματα των ψυχικά πασχόντων ώστε να δωθεί η κατάλληλη διαπολιτισμική ψυχιατρική περίθαλψη.

Συγκεκριμένα σε ασθενείς ομάδων μειονοτήτων που πάσχουν από βαριά ψυχωσική συνδρομή (όπως σχιζοφρένεια) ο γλωσσικός

φραγμός αποτελεί τροχοπέδη ώστε να δωθεί η απαραίτητη φαρμακευτική ψυχιατρική αγωγή και να οδηγήσει στην μείωση των συμπτωμάτων. Έρευνες έδειξαν επίσης, ότι η διαπολιτισμική συμβουλευτική και υποστηρικτική φροντίδα αποτελεί άμεση αναγκαία-όπτα στις οικογένειες ψυχικά πασχόντων ώστε να ενημερωθούν για την ψυχική πάθηση που μπορεί να έχει ο συγγενής τους αλλά και για τον πιο καταλληλο τρόπο που θα βοηθούσε να τον προσεγγίζουν.

Σκοπός της παρούσας ομιλίας είναι η ανάδειξη των επικοινωνιακών δεξιοτήτων που καθίστανται απαραίτητες για να αναγνωρίσει ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας τις ανάγκες των ψυχικά πασχόντων με διαφορετική πολιτισμική δομή, αξίες και εμπειρίες.

## ΣΤΙΓΜΑ- ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ-ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

**Επιμέλεια: Καρθούνη Ανδρομάχη:** Νοσηλεύτρια / **Μιρλή Ελευθερία:** Ψυχολόγος / **Πιστικού Μαρία:** Κοινωνική Ανθρωπολόγος

Στην Ελλάδα του 21ου αιώνα, το μεταναστευτικό φαινόμενο έχει συμβάλλει σε μείζονες αλλαγές στην ελληνική κοινωνία, λόγω της εισροής πολλών και διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ένας τεράστιος αριθμός ατόμων και οικογενειών από τη Μέση Ανατολή, την Αφρική και την Ασία να καταφτάνουν στην Ελλάδα υπό δυσμενείς συνθήκες, που επιφέρουν σωματικές, συναισθηματικές και ψυχικές επιπτώσεις. Οι δυσκολίες ενσωμάτωσης και προσαρμογής τους σε ένα νέο κοινωνικό πλαίσιο αυξάνει τον κίνδυνο της ξеноφοβίας και κατ' επέκταση του μεταναστευτικού στίγματος. Καθίσταται αδήριτη η ανάγκη προστασίας της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής τους ευεξίας. Αφορμή της προτεινόμενης εργασίας είναι η παρουσίαση κλινικού περιστατικού με αίτημα παραπομπής διαταραχής στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία(PTSD), γεγονός το οποίο καθίσταται σύνθετο σε μετανάστες, που έχουν εκποτιστεί βιαιώς από τη χώρα τους. Σκοπός της εργασίας είναι να τεθεί το διαπολιτισμικό ζήτημα εντός του ιατρικού και ψυχιατρικού πλαισίου, αφενός για να υπάρξει η κατάλληλη εκπαίδευση και εκμάθηση μεθόδων προσέγγισης αυτών των ατόμων κι αφετέρου να διασφαλιστεί ο σεβασμός, η αξιοπρέπεια και η ομαλή ένταξη τους στην ελληνική κοινωνία.

## «ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΜΙΑ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΣΥΓΚΛΗΣΗΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ»

**Κωνσταντίνος Φυτόπουλος MD** (Ψυχίατρος / Ομοιοπαθητικός Ιατρός)

Στην εργασία αυτή παρουσιάζεται η ολιστική προσέγγιση για την υγεία την αρρώστια και την θεραπευτική διεργασία και αναδεικνύεται η χρησιμότητα της οπτικής της, όταν έχουμε να αντιμετωπίσουμε ψυχοσωματικές παθήσεις. Ο άνθρωπος ως ζωντανός οργανισμός, ως ένα σύστημα αυξημένης πολυπλοκότητας, διαθέτει αναδυόμενες ιδιότητες που υπερβαίνουν το άθροισμα των μερών του. Η ολιστική ιατρική δεν είναι μια ακόμα εξειδικευμένη υποειδικότητα. Είναι μάλλον η σύγκληση, το πάντρεμα ανάμεσα στην *επιστημονική ακρίβεια* της δυτικής ιατρικής και στην *ιαματική τέχνη* που αντιλαμβάνεται τον άνθρωπο σαν μια ευρύτερη *οργανική, ψυχική, κοινωνική και πνευματική* ολότητα.

Στην συνέχεια τονίζεται και αξιολογείται ο ρόλος, ο μηχανισμός και το είδος νοσηρών πεποιθήσεων και συναισθημάτων που επιμένουν και ανακυκλώνονται, στην γένεση, εγκαθίδρυση και εξέλιξη των χρόνιων ψυχοσωματικών νοσημάτων. Τέλος διερευνάται το ποιες αλλαγές στον τρόπο αντίληψης, συνείδησης, εσωτερικής στάσης και ζωής, κινητοποιούν τους αυτοθεραπευτικούς μηχανισμούς του οργανισμού, και συμβάλουν στο σπάσιμο του φαύλου κύκλου : (νοσηρά επιμέμοντα συναισθήματα και πεποιθήσεις = χρόνιες ψυχοσωματικές παθήσεις), σύμφωνα με την σύγχρονη επιστημονική έρευνα.

Η επιστήμη της Ομοιοπαθητικής : Γεώργιος Βυθούλακας

Η συναισθηματική νοημοσύνη : Daniel Goleman

## ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΝΟΣΟΣ - ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

**Α. Παπαδόπουλος** 6ο ετής φοιτητής Ιατρικής σχολής ΕΚΠΑ), / **Κ. Παλαιοπάνος** 6ο ετής φοιτητής Ιατρικής σχολής ΕΚΠΑ)

Η ευρεία διάδοση της μαγνητικής τομογραφίας έχει συμβάλλει στην ολοένα και μεταλύτερη διάγνωση μικροϊσχαιμικών βλαβών αβέβαιης κλινικής σημασίας, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους. Η συμβολή της μικροϊσχαιμικής αγγειακής νόσου στην παθογένεια της κατάθλιψης των ηλικιωμένων είναι αμφιλεγόμενη. Ο όρος αγγειακή κατάθλιψη χρησιμοποιείται περιστασιακά στη βιβλιογραφία για να περιγράψει ένα διακριτό σύνολο ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη και απεικονιστικές μικροϊσχαιμικές αλλοιώσεις<sup>1</sup>, χωρίς όμως να έχει γίνει επίσημα αποδεκτός από το DSM-V ή το ICD-11. Πραγματοποιήσαμε βιβλιογραφική ανασκόπηση προκειμένου

να διερευνήσουμε τη συσχέτιση μεταξύ νευροαπεικονιστικών δεικτών μικροϊσχαιμικής αγγειακής νόσου (Lacunes, White Matter Hyperintensities, Cerebral Microbleeds, Enlarged Perivascular Spaces, Brain Atrophy) και κατάθλιψης. Δύο πρόσφατες μετα-αναλύσεις υποστηρίζουν την ύπαρξη ανεξάρτητης συσχέτισης, τόσο σε συγχρονικές, όσο και σε προοπτικές μελέτες του γενικού πληθυσμού.<sup>2</sup> Η πιθανή παθοφυσιολογική βάση που ερμηνεύει την υπόθεση της αγγειακής κατάθλιψης είναι πολυπαραγοντική ενώ περιλαμβάνει και τη διαταραχή νευρωνικών κυκλωμάτων που εμπλέκονται στη ρύθμιση του συναισθήματος. Παρόλα αυτά δεν έχει μελετηθεί επαρκώς η συσχέτιση της τοπογραφίας των βλαβών σε σχέση με την κλινική εικόνα. Επιπρόσθετα, φαίνεται πως η ύπαρξη μικροϊσχαιμικής νόσου σε καταθλιπτικούς ασθενείς σχετίζεται με μειωμένη απάντηση στη συνήθη φαρμακευτική αγωγή. Τέλος, υπάρχει έλλειψη βιβλιογραφίας σχετικά με διαταραχές σε ακολουθίες διάχυσης (diffusion weighted imaging, mean diffusivity, fractional anisotropy) και αιμάτωσης (cerebral blood flow, cerebrovascular reactivity), που αποτελούν πρώιμες εκδηλώσεις μικροϊσχαιμικής νόσου, μη απεικονιζόμενης σε συμβατικές ακολουθίες.

<sup>1</sup>Sneed JR, Rindskopf D, Steffens DC, Krishnan KR, Roose SP. The vascular depression subtype: evidence of internal validity. *Biol Psychiatry*. 2008;64(6):491–497. doi:10.1016/j.biopsych.2008.03.032

<sup>2</sup>van Aagtmaal MJM, Houben AJHM, Pouwer F, Stehouwer CDA, Schram MT. Association of Microvascular Dysfunction With Late-Life Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(7):729–739. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0984

## **ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΓΝΩΣΙΑΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (CBT)**

**Δρ. Μαρκέλλα Φιστέ**

Ψυχολόγος MSc, PhD, Med., ΨΝΑ Δρομοκαϊτείο, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Aegean College

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα εργασία στοχεύει στον εμπλουτισμό της γνώσης για το συνοδό άγχος επί των καρδιαγγειακών νοσημάτων καθώς και για το Γνωσιακό-Συμπεριφορικό θεραπευτικό μοντέλο (CBT).

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Βιβλιογραφική ανασκόπηση, πρόσφατη αρθρογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι διαταραχές άγχους έχουν εμπλακεί στην ανάπτυξη και εξέλιξη καρδιαγγειακών παθήσεων (CVD) για περισσότερα από 100 χρόνια. Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες υποστηρίζουν αυτή τη σχέση. Περιγράφονται η επιδημιολογία, οι διάφοροι τύποι άγχους και η σχετική συμπτωματολογία από την καρδιακή λειτουργία. Αρκετά ψυχιατρικά συμπτώματα, όπως το αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία και δύσπνοια παραπέμπουν σε καρδιαγγειακές νόσους, άρα η αναγνώριση και θεραπεία των διαφόρων συμπτωμάτων των αγχωδών διαταραχών μπορεί να βοηθήσει στην πρόγνωση κάποιας καρδιαγγειακής δυσλειτουργίας. Επιπλέον, συντελεί στην επέκταση των προσαθεσιών για τη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας σε πληθυσμούς με καρδιακές παθήσεις. Θα συζητηθούν βασικά στοιχεία του Γνωσιακού Συμπεριφοριστικού μοντέλου Ψυχοθεραπείας και πιο συγκεκριμένα επί των αγχωδών διαταραχών και πως η εκμάθηση δεξιοτήτων μπορεί να συντελέσει στη μείωση της θνησιμότητας και των ψυχολογικών συμπτωμάτων επί των καρδιαγγειακών παθήσεων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Παρά τους μεθοδολογικούς περιορισμούς και τα μέτρια αποτελέσματα που επιτυγχάνονται με την εφαρμογή ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, αξίζει να εφαρμοστεί το Γνωσιακό-Συμπεριφοριστικό μοντέλο ψυχολογικής θεραπείας, δεδομένου ότι ανεπίλυτα ψυχολογικά προβλήματα μπορεί να αποτελέσουν αιτία θανάτου και αναπηρίας στους καρδιολογικούς ασθενείς. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα και προσοχή σε όλες τις πρωτοβουλίες που επηρεάζουν θετικά την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

## **ΝΕΥΡΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ, ΜΙΑ ΟΙΚΕΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΤΙΜΗΜΕΝΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΡΔΙΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ**

**Γεώργιος Εμμ.. Χαριτάκης**

Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αιγαίου, Καρδιολόγος Certified HeartMath Coach

Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη της επίδρασης της καρδιακής λειτουργίας στις πολύπλοκες εγκεφαλικές λειτουργίες και αντίστροφα. Μελετήθηκε η μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού (Heart Rate Variability), πριν και μετά από ασκήσεις βίο-ανάδρασης, ως μέσο εκτίμησης της ελάττωσης της δράσης του συμπαθητικού και αύξησης της δράσης του παρασυμπαθητικού.

Η αύξηση των αγχωδών ερεθισμάτων και η έλλειψη ικανότητας πολλών ανθρώπων να διαχειριστούν με καθημερινά αγχώδη ερεθίσματα που ξεπερνάει τα όρια τους για σχετικά μεγάλες χρονικές περιόδους οδηγούν σε παρατεταμένη ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, το οποίο, με τη σειρά του, μπορεί οδηγήσει σε μια ποικιλία παθολογικών καταστάσεων. Συχνές αγχώδεις καταστάσεις μειώνουν την ικανότητα λήψης αποφάσεων, αλλοιώνουν την καρδιακή λειτουργία με διάφορες κλινικές εκδηλώσεις από απλές έως πολύπλοκες αρρυθμίες, υπέρταση, ισχαιμική καρδιοπάθεια και ορισμένες φορές σε αιφνίδιο θάνατο. Η αντικειμε-

νική εκτίμηση του αποτελέσματος των ασκήσεων βιο-ανάδρασης μπορεί να επιτευχθεί με την παρακολούθηση την μεταβλητότητας του καρδιακού ρυθμού (Heart Rate Variability), τόσο με την ανάλυση του κλασσικού ηλεκτροκαρδιογραφήματος, όσο και με απλές συσκευές που ανέπτυξε το Heartmath institute, μαζί με σειρά τεχνικών ελέγχου του άγχους (Heart-Focused Breathing® Technique, Quick-Coherence® Technique, Freeze Frame® Technique, Coherent Communication® Technique, Heart Lock-In® Technique).

## ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ. ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΠΟΥ ΜΙΜΟΥΝΤΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

**Μ. Γαμβρούδη**

Η μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης λόγω αύξησης της επίπτωσης χρόνιων νοσημάτων όπως ο διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι νεοπλασίες, τα νοσήματα του αναπνευστικού και τα ψυχικά νοσήματα, είναι ένα σημαντικό πρόβλημα του δυτικού κόσμου. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των ψυχικών και των χρόνιων παθολογικών νοσημάτων είναι γνωστή αλλά συχνά παραβλέπεται κατά την κλινική πράξη. Παράγοντες κινδύνου όπως η κατάχρηση αλκοόλ κάπνισμα και sedentary behavior καθιστική ζωή είναι κοινοί και οι παθολογίες συχνά συνυπάρχουν. Η πρώιμη θνητότητα και αναπηρία θα μπορούσε να μειωθεί αν δινόταν σημασία στη συννοσηρότητα. Η κατάθλιψη και η αγχώδης διαταραχή συχνά συνυπάρχουν με νοσήματα του αναπνευστικού. Καθώς η ΧΑΠ και το άσθμα παρουσιάζονται με κάποτε απειλητικές για τη ζωή παροξύνσεις η συνύπαρξη αγχώδους διαταραχής δεν είναι αδικαιολόγητη. Η ολοένα και μεγαλύτερη αναπηρία που συνοδεύει ασθενείς με ΧΑΠ, αποτελεί και αιτία εμφάνισης κατάθλιψης. Φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία ΧΑΠ και άσθματος, όπως οι β2 διεγέρτες έχουν ως παρενέργεια συμπτώματα κρίσεως άγχους όπως αίσθημα πалμών, εφίδρωση, ταχυκαρδία, αίσθημα ανησυχίας. Χρόνια αναπνευστικά νοσήματα όπως η ΧΑΠ, το άσθμα, επαγγελματικά νοσήματα, Ca πνεύμονα και πνευμονική υπέρταση σχετίζονται άμεσα με τη χρήση καπνού. Το ποσοστό των καπνιστών είναι μεγαλύτερο μεταξύ στους ασθενείς με ψυχιατρικό νόσημα και τους θέτει σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη αναπνευστικού νοσήματος. Προγράμματα πνευμονικής αποκατάστασης σε συνδυασμό με γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία μπορεί να βελτιώσουν το επίπεδο ζωής και να μειώσουν τις επισκέψεις στα επείγοντα, τις εισαγωγές στα νοσοκομεία και το μέσο όρο νοσηλείας.

Αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας που αναγνωρίζουν και αντιμετωπίζουν τη συννοσηρότητα αυξάνουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, τη συμμόρφωση στη θεραπεία και το συνολικό επίπεδο υγείας.

## ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ: ΜΙΑ ΑΓΝΟΗΜΕΝΗ ΣΧΕΣΗ;

**Τ. Jupe<sup>1</sup>, Α. Παρασκάκης<sup>2</sup>**

1. Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί», Αθήνα

2. Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί», Αθήνα

Τα τελευταία 10, περίπου, έτη επισημαίνεται αυξημένη συχνότητα πνευμονίας σε ασθενείς υπό αντιψυχωτική (ΑΨ) αγωγή για διάφορες διαταραχές/νόσους [Διπολική Διαταραχή (ΔΔ), Σχιζοφρένεια (ΣΧ), Άνοια (ΑΝ)]. Σκοπός μας ήταν η περιγραφή του φαινομένου διενεργώντας βιβλιογραφική ανασκόπηση (PubMed). Η λήψη ΑΨ φαίνεται τουλάχιστον να διπλασιάζει τον κίνδυνο πνευμονίας σε ασθενείς με μείζονες (νευρο)ψυχιατρικές διαταραχές [ΔΔ (RR=2,07), ΣΧ (RR=2,7), ΑΝ (RR=2,1)]. Δεν καταγράφεται ουσιαδώς διαφοροποίηση ανάμεσα σε «τυπικά» (RR=1,68-1,69) και «άτυπα» (RR=1,93-1,98) ΑΨ. Υψηλότερο κίνδυνο παρουσιάζει η κλοζαπίνη (RR=3,18), ακολουθούμενη από ολανζαπίνη (RR=1,83), κουετιαπίνη (RR=1,63), ρισπεριδόνη (RR=1,32), ενώ η αμισουλπρίδη (RR=1,14) φαίνεται μάλλον «ουδέτερη». Θεωρείται δοσοεξαρτώμενος -ιδίως για την κλοζαπίνη-, ανεξάρτητος της ηλικίας και υψηλότερος σε περιπτώσεις συνδυασμού ΑΨ. Η πιθανότητα εμφάνισης πνευμονίας φαίνεται μεγαλύτερη εντός του πρώτου μήνα θεραπείας και αφορά σχεδόν αποκλειστικά την πνευμονία από εισρόφηση. Πιθανολογούμενοι μηχανισμοί: καταστολή, δυσκινησία, ακαμψία και σπασμός του φαρυγγικού μυός (με συνακόλουθη δυσφαγία και κατάληξη σε εισρόφηση), ξηροστομία -με προβληματική δημιουργία και κατάποση του βλωμού τροφής. Τελευταία έχει προταθεί και ανοσολογική ενεργοποίηση. Ειδικά για την κλοζαπίνη η -ιδίως βραδινή- σιελόρροια μπορεί να προδιαθέσει σε εισρόφηση, όπως και η δυσκοιλιότητα, μέσω δυσλειτουργίας του δικαφράγματος. Οι ασθενείς με μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές είναι ούτως ή άλλως ευάλωτοι σε ανάπτυξη πνευμονίας λόγω κακής θρέψης/υγιεινής, παράλειψης εμβολιασμών, ανεξέλεγκτων μεταβολικών (ΣΔ), καρδιολογικών (ΑΥ), αναπνευστικών (ΧΑΠ) νοσημάτων, καπνίσματος και κατάχρησης αλκοόλ. Οι παράγοντες αυτοί διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και στην δυσμενή πρόγνωση της στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Οι ειδικοί οφείλουν να διατηρούν υψηλό δείκτη υποψίας σε όλες τις περιπτώσεις λοίμωξης αναπνευστικού σε ασθενείς υπό ΑΨ αγωγή, ιδιαίτερα σε εξασθενημένους/επιβαρυσμένους ασθενείς.



1. Kuo CJ, Yang SY, Liao YT et al. Second-generation antipsychotic medications and risk of pneumonia in schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 2013; 39: 648-57.
2. Nose M, Recla E, Trifiro G et al. Antipsychotic drug exposure and risk of pneumonia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2015; 24: 812-20.

## ΟΡΜΟΝΕΣ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΕΣΤΟΣΤΕΡΟΝΗΣ, ΚΟΡΤΙΖΟΛΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΡΩΤΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

**Ευγενία Γ. Δασκαλοπούλου**

Ψυχίατρος, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Η σχιζοφρένεια είναι χρόνια, υποτροπιάζουσα ψυχωσική διαταραχή με επικράτηση περίπου 1% στον παγκόσμιο πληθυσμό. Σε ότι αφορά την αιτιολογία είναι γενικά αποδεκτό ότι πρόκειται για διαταραχή πολυπαραγοντικής αιτιολογίας με αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων. Οι διαφορές που συνδέονται με το φύλο σε παραμέτρους όπως η ηλικία έναρξης, η πορεία, η συμπτωματολογία, η ανταπόκριση στη θεραπεία και οι ειδικές για το φύλο ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας υποδηλώνουν ορμονικές επιδράσεις στην παθοφυσιολογία της σχιζοφρένειας. Πράγματι, νευροενδοκρινικές μελέτες υποδεικνύουν ότι η δυσλειτουργία του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων και/ή υποθαλάμου-υπόφυσης-γοναδοτροπίνης μπορεί να συμβάλλει στην παθοφυσιολογία και την κλινική έκφραση της σχιζοφρένειας. Παρουσιάζονται ευρήματα από τη μελέτη των ορμονών τεστοστερόνης, κορτιζόλης και προλακτίνης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια που δεν έχουν λάβει ποτέ αντιψυχωσική αγωγή και οι συσχετίσεις τους με τα θετικά, αρνητικά και νοητικά συμπτώματα.

Häfner H, 2019. From Onset and Prodromal Stage to a Life-Long Course of Schizophrenia and Its Symptom Dimensions: How Sex, Age, and Other Risk Factors Influence Incidence and Course of Illness. *Psychiatry J* 2019: 9804836.

Angelopoulos E, Markianos M, Daskalopoulou EG, Tzemos J, Stefanis, C, 1997. Neuroendocrine responsivity to clomipramine challenge test in neuroleptic naive psychotic patients before and after treatment with haloperidol. *European Psychiatry* 12:362-366.

### > ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

## ΜΙΤΟΧΟΝΔΡΙΑΚΟ DNA ΚΑΙ ΜΕΙΖΟΝΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

**Γ. Κουρτέσης<sup>1</sup>, Α. Παρασκάκης<sup>2</sup>**

1. Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί», Αθήνα

2. Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί», Αθήνα

Μεταλλάξεις του μιτοχονδριακού DNA (mtDNA) σχετίζονται με πληθώρα κληρονομούμενων μεταβολικών νοσημάτων (λ.χ. σύνδρομο LHON, MELAS, MERRF, NARP). Νεότερα ερευνητικά δεδομένα πιθανολογούν ανάμιξη του στην εκδήλωση μειζόνων ψυχιατρικών διαταραχών (ΜΨΔ), όπως Μείζων Κατάθλιψη (ΜΚ), Διπολική Διαταραχή (ΔΔ), Σχιζοφρένεια (ΣΧ). Το τελευταίο αποτελεί το αντικείμενο της παρούσας ανασκόπησης (PubMed). Πράγματι, πολυμορφισμοί, μεταλλάξεις του mtDNA ή/και πυρηνικών γονιδίων που κωδικοποιούν μιτοχονδριακές πρωτεΐνες, επηρεασμένος μεταβολισμός φωσφολιπιδίων/γλυκόζης, μειωμένη παραγωγή ATP, αυξημένο οξειδωτικό στρες και αλλαγές στην ενδοκυττάρια συγκέντρωση Ca<sup>2+</sup> έχουν αναφερθεί σε ασθενείς με ΜΨΔ και επηρεασμένη γνωστική λειτουργία. Ασθενείς με ΜΚ, αγχώδεις διαταραχές, ιστορικό αυτοκτονικότητας/παιδικής κακοποίησης/γονεϊκής απώλειας και χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα mtDNA και βραχύτερα λευκοκυτταρικά τελομερή συγκριτικά με υγιείς μάρτυρες. Στη ΔΔ έχουν καταγραφεί ελλείψεις του mtDNA, ταχεία κυτταρική γήρανση, αυξημένη (ηλικιακά εξαρτώμενη) οξειδωτική βλάβη και υψηλότερη έκφραση του (μιτοχονδριακού) MT-ND1 γονιδίου. Επιπλέον, σημαντικός αριθμός ασθενών με ΜΚ και ΣΧ φαίνεται να εμφανίζουν έλλειψη του MT-ND4 γονιδίου συγκριτικά με ασθενείς με ΔΔ ή μάρτυρες. Στους ασθενείς με ΣΧ παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των μη συνώνυμων μεταλλάξεων και ετεροπλάσμια σε εγκεφαλικές εστίες. Η μητρική κληρονομικότητα και η παρουσία παραγωγικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς που πάσχουν από μιτοχονδριακά νοσήματα εμπλέκουν επίσης το mtDNA στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Τέλος, υπάρχουν ενδείξεις ευεργετικής δράσης των σταθεροποιητών της διάθεσης επί των μιτοχονδριακών λειτουργιών. Η σχετική

έρευνα προτείνει τη διερεύνηση της δυνατότητας αξιοποίησης μεταλλάξεων του mtDNA ως βιοδείκτη (biomarker) ΜΨΔ και τη μελέτη της θεώρησης των (ή μορφών) ΜΨΔ ως έκφραση μεταβολικών νοσημάτων. Το τελευταίο, αν ισχύει, θα μπορούσε να επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη θεραπευτική προσέγγισή τους.

1. Cuperfain AB, Zhang ZL, Kennedy JL et al. The complex interaction of mitochondrial genetics and mitochondrial pathways in psychiatric disease. *Mol Neuropsychiatry* 2018; 4: 52-69.
2. Sequeira A, Rollins B, Magnan C et al. Mitochondrial mutations in subjects with psychiatric disorders. *PLoS One* 2015; 10 :e0127280.

## ΑΛΛΕΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ. ΜΙΑ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

**Κ. Παναγιωτοπούλου**

Αλλεργιολόγος και Κλινική Ανοσολόγος, PhD, Ψυχοθεραπεύτρια, Μετ/ση στην Ομαδική Ανάλυση, Κέντρο Υγείας Ηλιούπολης, Αθήνα

Η ζωή και υγεία του ανθρώπου επηρεάζεται από κοινωνικούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες. Τελευταία, αυξάνει το ενδιαφέρον για την επίδραση ψυχογενών παραγόντων στην εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων. Στην παρούσα αναδρομική μελέτη διερευνάται η ύπαρξη ή μή συσχέτισης και γενικών σχέσεων – μεταβολών μεταξύ εξωτερικών ψυχοπαισιτικών γεγονότων ζωής, προσλαμβανόμενου άγχους, και έναρξης ή υποτροπής αλλεργικών συμπτωμάτων. Το δείγμα αποτελείται από 1689 αλλεργικούς ασθενείς, πάσχοντες από αλλεργικό άσθμα, ρινίτιδα, κνίδωση, δερματίτιδα, είτε συνδυασμό, με θετικό οικογενειακό ιστορικό ατοπίας, που παρακολούθησαν στο Αλλεργιολογικό Εξωτερικό Ιατρείο του Κέντρου Υγείας Ηλιούπολης τα τελευταία τέσσερα έτη. Κατά τη λήψη του ιστορικού συλλέχθηκαν δεδομένα με μορφή ερωτηματολογίου – έρευνας πεδίου, για δημογραφικά χαρακτηριστικά, για την έναρξη και υποτροπή αλλεργικών συμπτωμάτων. Οι ασθενείς ενθαρρύνθηκαν να μιλήσουν για τη ζωή τους γενικά, με ημιδομημένη συνέντευξη αξιολόγησης, με έμφαση στα ψυχοπαισιτικά γεγονότα που βίωσαν το τελευταίο εξάμηνο πριν την εκδήλωση αλλεργικών συμπτωμάτων. Μελετήθηκε επίσης, μέσω της κλίμακας Likert, η ποσοτικοποίηση του προσλαμβανόμενου άγχους κατά τον προηγούμενο μήνα της εξέτασης. Χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές Structural Equation Modeling για την ποσοτικοποίηση των δεδομένων, παραμετρικά ή μη παραμετρικά tests για την εύρεση ύπαρξης διαφορών μεταξύ των μέσων όρων των εξεταζόμενων ομάδων, καθώς και έλεγχος συσχετίσεων Pearson & Spearman για την εύρεση και μέτρηση ύπαρξης ή μή συσχέτισης μεταξύ των δεδομένων. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα της έρευνας πεδίου δείχνουν ότι τα ψυχοπαισιτικά γεγονότα κατά το προηγούμενο εξάμηνο και το έντονο προσλαμβανόμενο άγχος κατά τον τελευταίο μήνα πριν τα πρωτοεμφανιζόμενα ή υποτροπιάζοντα αλλεργικά συμπτώματα συμβάλλουν, μαζί με άλλους παράγοντες, στην εκδήλωση και υποτροπή αλλεργικής νόσου ατόμων με θετικό οικογενειακό ιστορικό ατοπίας.

## STRESS ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ

**Χατζηνικολάου Αναστάσιος**

Ιατρική Σχολή Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Το ψυχολογικό στρες είναι φαινόμενο, που τείνει να γίνει όλο και συχνότερο στην εποχή μας. Τόσο το οξύ όσο και το χρόνιο στρες έχουν ως αποτέλεσμα, μεταξύ άλλων, την ανάπτυξη μεταβολικού συνδρόμου και σακχαρώδους διαβήτη. Και οι δύο οντότητες σχετίζονται με την εμφάνιση αντίστασης στην ινσουλίνη, την οποία φαίνεται να προάγει το στρες μέσω της αντιδραστικής απελευθέρωσης κορτιζόλης, επινεφρίνης και νορεπινεφρίνης. Επιπρόσθετα σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η αύξηση έκκρισης των κυτοκινών (TNF- $\alpha$ , IL-6) κατά την έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες, καθώς η φλεγμονώδης δράση τους μπορεί να οδηγήσει σε παχυσαρκία και έμμεσα σε αντίσταση στην ινσουλίνη. Τέλος, η μη σωστή αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές όπως σακχαρώδης διαβήτης και παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος.

Σκοπός της παρουσίασης είναι μέσω της μελέτης της δράσης του στρες στον οργανισμό, να γίνει κατανοητή συσχέτιση του με την ανάπτυξη αντίστασης στην ινσουλίνη και τα αποτελέσματά της .

1. Paul H. Black. The inflammatory consequences of psychologic stress: Relationship to insulin resistance, obesity, atherosclerosis and diabetes mellitus, type II. *Medical Hypotheses* (2006) 67, 879–891
2. K. Blaslova, I. Kruljac, et al. The possible role of stress induced hormonal disbalance in the patophysiology of insulin resistane in lean individuals. *Medical Hypotheses* 114 (2018) 8–10
3. Masaaki iwata, Kristie T. Ota, Ronald S. Duman. The inflammasome: Pathways linking psychological stress, depression, and systemic illnesses. *Brain, Behavior, and Immunity* 31 (2013) 105–114
4. Yu-Xiang Yan, Huan-Bo Xiao, et al. Investigation of the Relationship Between Chronic Stres and Insulin Resistance in a Chinese Population. *J Epidemiol* 2016;26(7):355-360



## ΤΟ ΝΕΩΡΩΝΙΚΟ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ

Τηλελής Πασχάλης  
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Η παρούσα ομιλία αναφέρεται στα εγκεφαλικά κυκλώματα που ενεργοποιούνται υπό την επίδραση του άγχους και τον τρόπο με τον οποίο η χρόνια διέγερσή τους μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση σωματικής συννοσηρότητας. Το άγχος αποτελεί ένα φυσιολογικό συναίσθημα το οποίο εκλύεται ως απάντηση σε επικείμενη απειλή και συμβάλλει στην ετοιμότητα του ατόμου για την αντιμετώπισή της. Η αμυγδαλή μεσολαβεί για αυτές τις αντιδράσεις, καθώς μέσω των συνδέσεων της με διάφορες περιοχές του εγκεφάλου ενεργοποιεί μεταξύ άλλων το συμπαθητικό νευρικό σύστημα με αποτέλεσμα την αύξηση της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας, καθώς και τον άξονα Υποθαλάμου-Υπόφυσης-Επινεφριδίων με συνέπεια την έκκριση κορτιζόλης. Οι δράσεις αυτές μπορεί άμεσα να είναι ωφέλιμες για την αντιμετώπιση κάποιας απειλής, ωστόσο μακροπρόθεσμα η συνεχής ενεργοποίηση του συστήματος λόγω χρόνιου άγχους αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης σωματικής συννοσηρότητας. Συγκεκριμένα, η υπερβολική νοραδρενεργική δραστηριότητα μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη συχνότητα επιπλοκών από το καρδιαγγειακό σύστημα όπως είναι η υπέρταση, το έμφραγμα του μυοκαρδίου και οι αρρυθμίες. Παράλληλα, η υπερκορτιζολαιμία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση Σακχαρώδη Διαβήτη II, στεφανιαίας νόσου και οστεοπόρωσης, ενώ συγχρόνως οδηγεί σε ατροφία του ιππόκαμπου και πιθανώς σε επιδείνωση των γνωστικών λειτουργιών και της μνήμης. Τέλος, το χρόνια άγχος συσχετίζεται και με εκδηλώσεις από άλλα συστήματα όπως το αναπνευστικό ή το γαστρεντερικό. Συνεπώς, είναι σημαντική η έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση του χρόνιου άγχους από τους επαγγελματίες υγείας, με σκοπό να αποφευχθούν μελλοντικές δυσμενείς επιπτώσεις για την σωματική υγεία των ασθενών.

## Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΩΣ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τσίλιας Δημήτριος<sup>1</sup>, Σταματοπούλου Ελένη<sup>2</sup>

1. Νοσηλεύτρια, MSc Κλινική Παιδιατρική & Νοσηλευτική Έρευνα, Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών Π. & Α. Κυριακού
2. Νοσηλεύτρια ΓΝΑ ΚΑΤ, MSc Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής & Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Εκπαιδευτικός, Member PCRS-UK

**Εισαγωγή:** Η παγκόσμια υπάρχει ραγδαία αύξηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας καθώς αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα Δημόσιας υγείας. Αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για αυξημένη νοσηρότητα, υπέρταση, διαβήτη, δυσλιπιδαιμία, καρδιοαγγειακά νοσήματα, ορισμένων μορφών καρκίνου καθώς ψυχοκοινωνικά και ψυχοπαθολογικά προβλήματα.

Η σχέση μεταξύ των ψυχολογικών παραγόντων και της παχυσαρκίας έχει γίνει ένα σημαντικό θέμα στην ψυχοσωματική έρευνα.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση ψυχοσωματικών παραγόντων που συμβάλουν στην παχυσαρκία με στόχο την διαχείριση και πρόληψη.

**Μέθοδος ανασκόπησης:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed με λέξεις κλειδιά: παχυσαρκία, ψυχοσωματική νόσος.

**Αποτελέσματα:** Η παχυσαρκία είναι πολυπαραγοντική όπου προκύπτει από μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση γενετικών, ψυχοβιολογικών, ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Μελέτες για τα ψυχοσωματικά αίτια που συμβάλουν στην παχυσαρκία περιλαμβάνουν την διερεύνηση της σχέσης του αντιληπτού στρες. Παράγοντες που «οδηγούν για λεπτότητα», «ρύθμιση παρορμήσεων», «απαποτελεσματικότητα», «κοινωνική ανασφάλεια» και «δυσaréσκεια του σώματος» αναγνωρίζονται ως σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες του αντιληπτού στρες για άτομα με παχυσαρκία. Τα συνήθη αίτια περιλαμβάνουν το άγχος, την ανησυχία, το ψυχοκοινωνικό στρες, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα ενδοοικογενειακά και εργασιακά προβλήματα, την κατάθλιψη, ανθυγιεινό τρόπο ζωής, διατροφικά πρότυπα και συνήθειες, διαταραχές συμπεριφοράς διατροφής BED, έλλειψη σωματικής δραστηριότητας όπου ενοχοποιούνται ως παράγοντες που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Τα συναισθήματα έχουν επίσης σημαντικό αντίκτυπο στη διατροφική συμπεριφορά. Αναφέρεται η μειωμένη συναισθηματική αντίληψη στην παχυσαρκία.

**Συμπεράσματα:** Η συμβολή και η κατανόηση των ψυχοσωματικών παραγόντων στην παχυσαρκία είναι πολύ σημαντική. Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την θεραπευτική διαχείριση και πρόληψη της παχυσαρκίας με την ανάπτυξη νέων στρατηγικών θεραπειών με την ψυχοσωματική εμπειρογνωμοσύνη και την ουσιαστική συμβολή της ψυχοσωματικής ιατρικής.



## ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ ΙΙ ΚΑΙ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Μπακομήτρου Φλωρεντία<sup>1,2</sup>, Μπούσμπουλας Σταύρος<sup>2</sup>, Τζάνε Ποθητή<sup>1</sup>, Γουγουρέλας Δημήτρης<sup>2</sup>, Ευάγγελος Μπενίδης<sup>2</sup> Πέτρος Γεωργακόπουλος<sup>2</sup>, Στράτος Πέτρος<sup>2</sup>, Μαθιανάκης Γεώργιος<sup>1</sup>

1. Ψυχιατρικός Τομέας Γ.Ν.Ν. «Άγιος Παντελεήμων»

2. Γ' Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Ν. «Άγιος Παντελεήμων»-Διαβητολογικό Κέντρο

Παρουσίαση περίπτωσης ομάδας ασθενών του Διαβητολογικού Κέντρου του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου ΙΙ που παρακολουθούνταν στα πλαίσια του τακτικού ιατρείου. Η ομάδα των ασθενών παραπέμφθηκε για ψυχολογική παρακολούθηση με σκοπό την ενίσχυση της γλυκαιμικής ρύθμισης. Η ομάδα εισήχθη παράλληλα με τη συστηματική ιατρική παρακολούθηση σε ένα πρότυπο πρόγραμμα ψυχοεκπαίδευσης με εμβόλιμες συνεδρίες Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Ψυχοθεραπείας και με συνεδρίες ομαδικής Δεκτικής Μουσικοθεραπείας (GIM) με σκοπό την έκφραση συναισθημάτων, την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, καθώς επίσης και την αύξηση της θετικής στάσης απέναντι στα προβλήματα της ζωής που καλείται να αντιμετωπίσει, στοιχεία που συμβάλλουν στην ενίσχυση του ανοσοβιολογικού συστήματος. Παρουσιάζονται σε αδρές γραμμές οι φάσεις της θεραπευτικής παρέμβασης και η πορεία της θεραπευτικής ομάδας μέσα από την ψυχοθεραπευτική διαδικασία.

Belar, C., & Deardorf, W. (1995). *Clinical Health Psychology in Medical Settings*. American Psychological Association.

Gardner, H., (1983), "Frames of Mind", New York : Basic Books.

Gordon, E.E., (1993), "Learning Sequences in Music: Skill, Content and Patterns", Chicago, GIA Publications.

Δρίτσας, Α. (2003). Η μουσική ως φάρμακο, Info Health, εκδόσεις Τετλασμένη.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1999). Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Καλαντζή-Αζίζι, Α., Καραδήμας, Ε. (2006). Ομαδικές παρεμβάσεις Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης. *Ψυχολογία*, 13 (1), 1-17.

Μπακομήτρου, Φ. (2008). Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία σε διαβητικούς ασθενείς. Στο Φ. Ανανυστόπουλος & Ε. Καραδήμας (Επιμ.), *Υγεία και Ασθένεια: Ψυχολογικές Διεργασίες* (σσ. 673-687). Αθήνα: Α. Α. Λιβάνη.

Μπακομήτρου, Φ. (2014). Ομαδική ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση σε ασθενείς με διαβήτη τύπου ΙΙ με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους: μία κλινική δοκιμή. *Ανέκδοτη Διδακτορική διατριβή*. ΕΚΠΑ.

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΑ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Λυράκος Γ.<sup>1,2</sup>, Σπινάρης Β.<sup>1</sup>

1. Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας 'Άγιος Παντελεήμων', Ψυχιατρικός Τομέας, Νίκαια

2. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Ψυχολογίας της Υγείας City Unity College-Cardiff MU

Εισαγωγή: Από τη στιγμή που ένας ασθενής διαγιγνώσκεται με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του Εντέρου (ΙΦΝΕ), η αστάθεια, η αβεβαιότητα και η χρόνια εξέλιξη της νόσου μπορούν να προκαλέσουν ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών και διαπροσωπικών προβλημάτων στους ασθενείς αυτούς.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή της βαρύτητας της επίδρασης του στρες και του άγχους σε πάσχοντες με ΙΦΝΕ από τη Γαστρεντερολογική κλινική του ΓΝΝ «Αγ. Παντελεήμων».

Υλικό μέθοδος: Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 44 ασθενείς με διάγνωση ΙΦΝΕ, από τους οποίους 22 ήταν άνδρες, με μέση ηλικία 37,16 (±13,4). Για τη μέτρηση του στρες χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο DASS21. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 21 .

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των ασθενών μόνο 2 δήλωσαν πως είχαν συμπτώματα στρες. Με τη χρήση του ερωτηματολογίου και την μετατροπή των συνολικών σκορ σε δείκτες βαρύτητας, μόνο 8(18,6%) βρέθηκε να έχουν φυσιολογικά επίπεδα στρες. Από τους υπόλοιπους, στο 41,9% βρέθηκε πολύ σοβαρή έκπτωση, στο 22,3% σοβαρή έκπτωση, στο 11,4 % μέτρια έκπτωση και στο 4,5% ήπια μέτρηση. Αντίστοιχα ήταν και τα ποσοστά του άγχους με 45,5% να εμφανίζει πολύ σοβαρή έκπτωση, και μόνο το 25,6% φυσιολογικά επίπεδα άγχους.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης η συνοσπρότητα άγχους και στρες στις ΙΦΝΕ ακολουθεί και στη χώρα μας τα ποσοστά που έχουν βρεθεί και στις υπόλοιπες διεθνείς μελέτες, κάνοντας την ανάγκη θεραπευτικής παρέμβασης με στόχο την καταπολέμηση των συμπτωμάτων αυτών επιτακτική.

**ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΙΣ ΙΦΝΕ****Λυράκος Γ.<sup>1,2</sup>, Αλικανιώτη Σ.<sup>1</sup>, Seboin G.<sup>1</sup>, Καρβέλη Μ.<sup>1</sup>, Σπινάρης Β.<sup>1</sup>**1. Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας "Άγιος Παντελεήμων", Ψυχιατρικός Τομέας, Νίκαια  
2. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Ψυχολογίας της Υγείας City Unity College-Cardiff MU

Εισαγωγή: Τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ) θεωρούνται οργανικά νοσήματα στα οποία οι ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλουν σημαντικά σύμφωνα με κλινικά ευρήματα. Η ψυχιατρική συνοσπρότητα στα νοσήματα αυτά μπορεί: να επηρεάσει την πορεία της εντερικής νόσου, να αυξήσει την απαίτηση και τη σοβαρότητα των υποτροπών και να παρεμποδίσει τη θεραπεία. Έτσι η γνώση σχετικά με τη σχέση μεταξύ των ΙΦΝΕ και της ψυχικής υγείας φαίνεται ζωτικής σημασίας για την ορθή διαχείριση των ασθενών αυτών.

Σκοπός : Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για την ανεύρεση της συχνότητας εμφάνισης διαταραχών άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.

Υλικό- μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων PUBMED, Cochrane, Psych med, και Google scholar με τις λέξεις κλειδιά Crohn, stress, depression, psychosomatic από το 2010 ως και σήμερα.

Αποτελέσματα: Ενώ ο ρόλος του στρες στην εμφάνιση των ΙΦΝΕ δεν αποδεικνύεται, το στρες βρέθηκε να είναι ένας παράγοντας που προκαλεί και επιδεινώνει σε σχέση με την πορεία και τα συμπτώματα τους τις ΙΦΝΕ. Μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες της υποτροπής της νόσου. Αυτά τα συμπεράσματα υποστηρίζουν τις πεποιθήσεις σχεδόν 75% των ασθενών με ΙΦΝΕ που τονίζουν ότι το στρες ή η προσωπικότητά τους αποτελεί μείζονα παράγοντα στην ανάπτυξη της νόσου και πάνω από το 90% ότι επηρεάζει τη δραστηριότητα της νόσου.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η εφαρμογή θεραπευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της συνοσπρότητας των ΙΦΝΕ με το στρες αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την προφύλαξη των ασθενών από της εξάρσεις της νόσου με άμεσο αποτέλεσμα την διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών.

**ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ****Α. Μπαρμπαρή**

Ειδικευόμενη Ψυχιατρικής 4ο Ψυχιατρικό Τμήμα Εισαγωγών, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

Η μετανάστευση του σύγχρονου ανθρώπου είναι μια διαδικασία η οποία λαμβάνει χώρα δεκάδες χιλιάδες χρόνια τώρα και αποτελεί κεντρικό φαινόμενο στην ιστορία της ανθρωπότητας. Στην σημερινή εποχή όμως, με τη βοήθεια των αυξημένων δυνατοτήτων επικοινωνίας και μετακίνησης, η μετανάστευση έχει πλέον λάβει μεγάλες διαστάσεις. Ολοένα και περισσότεροι είναι οι άνθρωποι, οι οποίοι εγκαταλείπουν την χώρα καταγωγής τους, προκειμένου να αποφύγουν παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συγκρούσεις, διώξεις, να βελτιώσουν συνθήκες διαβίωσης, να βρουν εργασία, ή να σπουδάσουν. Άλλοι πάλι μεταναστεύουν λόγω φυσικών καταστροφών, πείνας ή υπερβολικής φτώχειας.

Η διαδικασία της μετανάστευσης, ανεξάρτητα από την αιτία της, είναι πολύπλοκη και ο μετανάστης υποβάλλεται σε μία αλληλουχία ψυχοπαιστικών γεγονότων, τα οποία τον καθιστούν ευάλωτο. Το πολλαπλό στρες που βιώνει, μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς όχι μόνο τη σωματική, αλλά και την ψυχική του υγεία. Έρευνες έδειξαν ότι οι μετανάστες εμφανίζουν συχνότερα μια πληθώρα ψυχιατρικών διαταραχών σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.

Πρώτος ο Odgaard στη δεκαετία του '30, μελέτησε τις ψυχιατρικές διαταραχές των μεταναστών, όπως η σχιζοφρένεια, αναπτύσσοντας τη θεωρία ότι άτομα επιρρεπή στην εκδήλωση σχιζοφρένειας μεταναστεύουν ευκολότερα από τον υπόλοιπο πληθυσμό και μετά τη μετάβασή τους στη χώρα υποδοχής εμφανίζουν τελικά τη νόσο. Σήμερα είναι πλέον σαφές ότι δεν εμφανίζουν όλες οι μειονότητες αυξημένα ποσοστά σχιζοφρένειας, ωστόσο η μελέτη του Odgaard αποτέλεσε το θεμέλιο λίθο για τη διερεύνηση της νόσου σε διαφορετικούς μεταναστευτικούς πληθυσμούς και την ανάπτυξη διαφορετικών θεωριών για το πώς η μετανάστευση σχετίζεται με τον κίνδυνο εμφάνισης της σχιζοφρένειας.

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΓΝΩΣΙΑΚΗ - ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (CBT)****Δρ. Μαρκέλλα Φιστέ**

Ψυχολόγος MSc, PhD.Med., ΨΝΑ Δρομοκαίτειο, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Aegean College

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα εργασία στοχεύει στον εμπλουτισμό της γνώσης για τα σωματικά και ψυχικά προβλήματα που διέπουν τις διαταραχές χρήσης ουσιών καθώς και για το Γνωσιακό-Συμπεριφορικό Θεραπευτικό μοντέλο (CBT).

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Βιβλιογραφική ανασκόπηση, πρόσφατη αρθρογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η σύνθετη ιατρική διαταραχή της χρήσης ουσιών ερμηνεύεται μέσω της αλληλεπίδρασης πολλαπλών παραγόντων. Η γενετική επιβάρυνση εννοχοποιείται για υψηλό ποσοστό κινδύνου εμφάνισης της διαταραχής. Περιγράφονται η επιδημιολογία, οι προδιαθεσικοί και οι συνδυαστικοί παράγοντες, οι οποίοι συνδράμουν στην αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης της διαταραχής, άλλοι εκλυτικοί παράγοντες καθώς και οι συνέπειες στη ζωή του ατόμου. Στόχο αποτελεί όχι η διακοπή της χρήσης αλλά η διατήρηση της ύφεσης της συμπτωματολογίας επί μακρόν καθώς είναι μια υποτροπιάζουσα διαταραχή, με την υποτροπή να συμβαίνει, συνήθως, ακόμη και μετά από μια μακρά περίοδο αποχής από την ουσία. Θα συζητηθεί η εκπαίδευση δεξιοτήτων για τη διαχείριση των απειλών που οδηγούν στην επαναληπτική συμπεριφορά, την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, την πρόληψη των υποτροπών μέσα από τη Γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχολογική θεραπεία. Το κομμάτι της ψυχοεκπαίδευσης με βάση τη CBT αποτελεί, επίσης, σημαντικό σημείο συζήτησης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι διαταραχές χρήσης ουσιών είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες και θεωρούνται πολύπλοκες ιατρικές καταστάσεις που ποικίλλουν σημαντικά στην κλινική σοβαρότητα, τα συνοδά ιατρικά επακόλουθα και το βαθμό της υπολειπόμενης λειτουργικότητας. Η CBT είναι μια προσέγγιση βασισμένη σε θεωρίες, η οποία στηρίζεται σε πλούσια εμπειρικά και ερευνητικά δεδομένα και έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική στη μείωση της βλάβης που σχετίζεται με τη χρήση ουσιών καθώς και στην αύξηση των πιθανοτήτων μείωσης υποτροπών.

## ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΑΠΟΠΕΙΡΑ

**Ευανθία Γεραγώτη**

Νοσηλεύτρια ΤΕΠ ΤΕ, MSc.

**Εισαγωγή:** Η αυτοκτονία αποτελεί ένα παγκόσμιο και διαχρονικό φαινόμενο. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό συχνά έρχεται πρώτο σε επαφή με τους αποπειραθέντες. Ο σεβασμός στο πρόσωπο του ασθενούς μαζί με τη γνώση και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας συμβάλλουν καθοριστικά στην επιτυχή και ολοκληρωμένη διαχείριση, αντιμετώπιση και θεραπεία των συγκεκριμένων ασθενών καθώς και στην πρόληψη νέας απόπειρας στο μέλλον.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση των στάσεων του προσωπικού του γενικού νοσοκομείου απέναντι σε ασθενείς οι οποίοι έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν.

**Υλικό και μέθοδος:** Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 150 επαγγελματίες υγείας από τους οποίους οι 100 ήταν γιατροί και οι 50 νοσηλεύτριες οι οποίοι εργάζονταν στον παθολογικό τομέα του Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ». Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν: α) ένα Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών και Κοινωνικών Στοιχείων, β) το Ερωτηματολόγιο της Στάσης απέναντι στην Αυτοκτονία (Suicide Behavior Attitude Questionnaire, SBAQ) Botega et al (2005). Η διαδικασία της έρευνας διήρκεσε από το Μάρτιο έως το Σεπτέμβριο του 2016.

**Αποτελέσματα:** Οι ιατροί είχαν πιο συναισθηματική στάση απέναντι στους ασθενείς με απόπειρα αυτοκτονίας ( $p=0,025$ ) συγκριτικά με τους νοσηλευτές. Οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο είχαν πιο συναισθηματική στάση απέναντι στους αποπειραθέντες ( $p=0,011$ ) σε σύγκριση με τους απόφοιτους Λυκείου, ΙΕΚ και ΤΕΕ. Οι πτυχιούχοι ΤΕΙ και ΑΕΙ είχαν πιο συναισθηματική στάση απέναντι στους ασθενείς με απόπειρα αυτοκτονίας ( $p=0,008$ ) συγκριτικά με τους απόφοιτους Λυκείου, ΙΕΚ και ΤΕΕ. Οι συμμετέχοντες που ήταν στο ηλικιακό φάσμα 35-39 ( $p=0,019$ ) είχαν πιο θετική στάση απέναντι στο δικαίωμα του ασθενούς στην αυτοκτονία συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που ήταν άνω των 40 ετών. Οι συμμετέχοντες που εκκλησιάζονταν σπάνια ή δεν εκκλησιάζονταν ποτέ ( $p<0,001$ ) είχαν πιο θετική στάση απέναντι στο δικαίωμα του ασθενούς στην αυτοκτονία συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που εκκλησιάζονταν 2-3 φορές την εβδομάδα ή συχνότερα. Η βαθμολογία στη διάσταση «Δικαίωμα στην αυτοκτονία» ήταν σημαντικά χαμηλότερη από αυτές των διαστάσεων «Συναισθήματα προς τον ασθενή» και «Επαγγελματική επάρκεια» ( $p<0,001$  και για τις δύο συγκρίσεις).

**Συμπεράσματα:** Η ειδικότητα, το επίπεδο εκπαίδευσης και η ηλικία επηρεάζουν τη στάση του προσωπικού απέναντι στους αποπειραθέντες ασθενείς.



## ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΔΕΣΜΟΣ ΣΕ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ

Γιαννοπούλου Σταυρούλα

Μμρία, σύμβουλος ψυχικής υγείας, μάντζερ υπηρεσιών υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής  
MSc cand «ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ» MSc «ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»,  
MSc «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ», BSc «ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ»

Η προσκόλληση μπτέρας-βρέφους παρέχει τη βάση για ασφαλή προσκόλληση καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής και οργανώνει πολλές πτυχές της βρεφικής συναισθηματικής ανάπτυξης, συμπεριλαμβανομένης και της μετέπειτα γονικής μέριμνας. Η ποιότητα του μητρικού δεσμού μπορεί να διαταραχθεί σε γυναίκες που εκτίθενται σε συντροφική βία, γεγονός που καθιστά τις μπτέρες λιγότερο διαθέσιμες στα παιδιά τους. Η συντροφική βία συνεπάγεται σωματική και ψυχική δυσλειτουργία όπως μειωμένα επίπεδα οξυτοκίνης και κατάθλιψης, τα οποία έχουν αντίκτυπο στον μητρικό δεσμό.

**Λέξεις-Κλειδιά:** συντροφική βία, ενδοοικογενειακή βία, εγκυμοσύνη, επιλόχειος κατάθλιψη, μητρικό δέσιμο, γονική μέριμνα.  
**Σκοπός:** Της παρούσας πρωτογενούς έρευνας ήταν η αποσαφήνιση των θέσεων και των απόψεων των μπτέρων που έχουν υποστεί συντροφική βία σχετικά με τη συσχέτιση του γονεϊκού δεσμού τους και του μεταγεννητικού μητρικού δεσμού που αναπτύσσουν με το παιδί τους, καθώς παρατηρήθηκε πως αναπτύσσεται σωματική και ψυχική δυσλειτουργία στη δυάδα μπτέρας παιδιού.

**Μεθοδολογία:** Τα δεδομένα της παρούσας έρευνας συλλέχθηκαν από μπτέρες οι οποίες υπήρξαν αποδέκτες συντροφικής βίας μέσω της διαπροσωπικής συλλογής δεδομένων. Το δείγμα μας ανέρχεται σε 48 μπτέρες από τις συνολικά 53 τις οποίες επιχειρήσαμε να προσεγγίσουμε για την συλλογή δεδομένων σχετικά με τη συσχέτιση του γονεϊκού δεσμού με τον μεταγεννητικό μητρικό δεσμό των μπτέρων με συντροφική βία. Το ποσοστό απόκρισης ανήλθε στο 90,6%. Η ανάλυση των δεδομένων μας πραγματοποιήθηκε με τα προγράμματα excel 365 και spss 23.

**Αποτελέσματα:** Η βία όπως βλέπουμε έχει πολλά πρόσωπα και πολλές κοινωνικοοικονομικές αποχρώσεις, ανεξαρτήτου εθνικότητας, θρησκείματος, μορφωτικού επιπέδου. Οι μπτέρες των γυναικών οι οποίες έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία δεν είναι συναισθηματικά διαθέσιμες ούτε αναγνωρίζουν τις ανάγκες της κόρης. Διαφάνεται πως υπάρχει άμεση συσχέτιση του μητρικού γονεϊκού δεσμού και του μεταγεννητικού μητρικού δεσμού μπτέρας – νεογνού! Και αντίστοιχα διαπιστώνεται ότι οι πατεράδες των γυναικών οι οποίες έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία δεν είναι επίσης συναισθηματικά διαθέσιμοι. Επιπροσθέτως οι νέες μπτέρες όταν βρίσκονται με τα βρέφη τους νιώθουν άγχος ή ένταση από πάρα πολύ έως μέτρια σε ποσοστό άνω του 75%! Τέλος, το 71,4% πιστεύει ότι η ανατροφή του βρέφους τους είναι μεγάλη ευθύνη και όταν οι γυναίκες αυτές είναι με τα βρέφη τους είναι κατά 52,4% πολύ ανυπόμονες!

## Η ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΩΣ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Χρήστος Ι. Ιστίκογλου<sup>1</sup>, Ιωάννης Ριζάβας<sup>2</sup>, Σωτήριος Πατσιλινάκος<sup>3</sup>, Κωνσταντίνος Σωτηρέλλος<sup>3</sup>.

1. Ψυχιατρικό Τμήμα, Γ.Ν. «Κωνσταντοπούλειο» Νέας Ιωνίας – Πατρίσων.

2. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ).

3. Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. «Κωνσταντοπούλειο» Νέας Ιωνίας – Πατρίσων.

**Εισαγωγή:** Είναι ευρέως γνωστή η συννόσηση Υπέρτασης και Κατάθλιψης για την οποία υπάρχουν εκτεταμένες μελέτες στο Medline.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ υπέρτασης και κατάθλιψης σε κλινικό πληθυσμό. **Υλικό-Μέθοδος:** Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 100 (n=100) υπέρτασικοί και 100 υγιείς (n=100) μάρτυρες. Η δεξαμενή άντλησης υπέρτασικών ασθενών έγινε από τα Εξωτερικά Ιατρεία της Καρδιολογικής Κλινικής του Γ.Ν. «Κωνσταντοπούλειο» Νέας Ιωνίας – Πατρίσων. Από τους υπέρτασικούς, 60 ασθενείς (n=60) ήταν γυναίκες και 40 ασθενείς (n=40) ήταν άνδρες. Οι υγιείς μάρτυρες ήταν φοιτητές της Πανεπιστημιακής Νοσηλευτικής Σχολής του ΕΚΠΑ. Εξ αυτών οι 75 μάρτυρες (n=75) ήταν γυναίκες και οι 25 μάρτυρες (n=25) ήταν άνδρες. Σε όλους ανεξαιρέτως δόθηκε η Κλίμακα Κατάθλιψης Montgomery-Asberg (MADRS).

**Αποτελέσματα:** Από τους υπέρτασικούς ασθενείς, οι 52 (n=52) σκόραραν στην Κλίμακα MADRS πάνω από το κατώφλι (cut off ≈ 12), ήτοι ποσοστό 52%, εκ των οποίων οι 40 (n=40) ήταν γυναίκες και οι 12 (n=12) ήταν άνδρες.

**Συμπεράσματα:** Με βάση τα ανωτέρω αποτελέσματα αποδεικνύεται η συννόσηση σε σχετικά μεγάλο ποσοστό υπέρτασης και κατάθλιψης, και συνάγεται ασφαλώς το συμπέρασμα ότι η υπέρταση είναι ψυχοσωματική νόσος.

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΛΕΚΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΟΡΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

**Γεωργία Δημ. Στρατάκου** Ψυχολόγος, M.Res, University of Birmingham, MBACP (reg.), Σπάρτη

**Αντωνία Πλέρου** Εργαστήριο Βιοπληροφορικής και Ανθρώπινες Ηλεκτροφυσιολογίας, Τμήμα Πληροφορικής, Ιόνιο Πανεπιστήμιο

Ο όρος 'οριακή διαταραχή προσωπικότητας' (ΟΔΠ) αναφέρεται σε μια ψυχική διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από πολύπλευρη ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (2013), η ΟΔΠ χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό κληρονομικότητας, ενώ είναι 5 φορές συχνότερη σε συγγενείς πρώτου βαθμού. Εμπειρικές έρευνες και θεραπευτικές προσεγγίσεις δείχνουν ότι οι πάσχοντες φαίνεται να παρουσιάζουν ελλείμματα σε γνωστικούς τομείς, τα οποία αποδίδονται σε αλληλεπιδράσεις μεταξύ συναισθήματος και νόησης. Το βιοκοινωνικό μοντέλο, όπως αυτό προτάθηκε από την Linehan (2018), προτείνει ότι υπάρχει ένα βιολογικά ευάλωτο σύστημα συναισθηματικής ρύθμισης (υψηλή ευαισθησία σε συναισθηματικά ερεθίσματα, συναισθηματική ένταση, αργή επιστροφή σε ηρεμία). Συνεπώς, παιδιά τα οποία έχουν βιολογική προδιάθεση, αν μεγαλώσουν σε περιβάλλον ακυρωτικό και βιώσουν στρεσογόνες ή τραυματικές εμπειρίες, τείνουν να οργανώνουν ΟΔΠ στην ενήλικη ζωή τους. Σχετικά αποτελέσματα ερευνών συμπεριφορικών και απεικονιστικών προτείνουν ότι τα γονίδια επηρεάζουν σε πολύ σημαντικό βαθμό τόσο στην ανάπτυξη όσο και θεμελίωση των ανώτερων επιτελικών λειτουργιών (π.χ. εργαζόμενη μνήμη, γνωστική αναχαίτιση-cognitive inhibition), προτείνοντας μετωπο-μetailιακή δυσλειτουργία. Η Διαλεκτική Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία (ΔΣΨ), αρχικά στοχεύει να βελτιώσει την συναισθηματική ευαλωτότητα και να εκπαιδεύσει τον ασθενή να ρυθμίσει το συναίσθημα του μέσα από ποικίλες δεξιότητες. Μια από αυτές τις κατηγορίες δεξιοτήτων αφορά στην ενσυνειδητότητα, μια μέθοδο η οποία ερευνητικά φαίνεται να επιφέρει αλλαγές τόσο στον προμετωπιαίο φλοιό, όσο και στον φλοιό του προσαγωγίου, την αμυγδαλή και τον ιππόκαμπο. Ευρήματα σαν τα παραπάνω υποδεικνύουν ότι η στοχευμένη χρήση της ενσυνειδητότητας, φαίνεται να καθιστά τη ΔΣΨ ως μια θεραπευτική προσέγγιση που βοηθά τους πάσχοντες να αναχαιτίσουν γνωστικά ερεθίσματα που τους διεγείρουν συναισθηματικά με στόχο να κατακτήσουν μακροπρόθεσμους στόχους.

Stratakou, G.D., Plerou, A. (2019). Reframing neuropsychological findings, interpersonal deficits and cognitive processes in the case of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 2019; 2(1): 1025

Sanislow, C. A. (2006). Cognitive Features of the Borderline Phenotype. Borderline Personality Disorder Research Foundation

Fertuck, E. A., Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (2005). The Association between Attentional and Executive Controls in the Expression of Borderline Personality Disorder Features: A Preliminary Study. *Psychopathology*, 38(2), 75–8

Linehan, M. M. (2018). C. treatment of borderline personality disorder. G. P. (2018). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Publications

Gotink R. A., Meijboom R., Vernooij M. W., Smits M., Hunink M. G. M. (2016). 8-week Mindfulness Based Stress Reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice - a systematic review. *Brain Cogn.* 108 32–41

## Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΟΡΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΑΠΟΠΕΙΡΑΘΕΙ ΝΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΗΣΟΥΝ ΚΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΙΔΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥΣ

**Γ. Πίκουλας**

Αξιωματικός Ψυχολόγος ΕΛΑΣ, Εστέρ Σουλιώτη, Κλινική Ψυχολόγος.

Ως μορφή πρόληψης θα αποστέλλεται ένα γράμμα στον ίδιο τον ασθενή μέσω του οποίου θα του γνωστοποιούνται οι παρεχόμενες υπηρεσίες εντός του νοσοκομείου και η διαθεσιμότητα του θεραπευτή. Κατά την παρέμβαση θα πραγματοποιείται μια συνεδρία με τον ίδιο τον ασθενή, κατά την οποία θα ζητείται η συνέναισή του για τη συμμετοχή της οικογένειάς του στο πρόγραμμα και στη συνέχεια θα ακολουθεί ένας αριθμός συνεδριών με την οικογένεια και ατομικές συνεδρίες με τον ίδιο τον ασθενή.

# ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο Πρόεδρος και η Οργανωτική Επιτροπή του 3<sup>ου</sup> Συνεδρίου Ψυχοσωματικής Ιατρικής ευχαριστούν τις παρακάτω φαρμακευτικές εταιρείες για την ευγενική υποστήριξη και την συμβολή τους στην επιτυχή διοργάνωση του Συνεδρίου.





**ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:** TREVICTA 263 mg ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης, TREVICTA 350 mg ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης, TREVICTA 525 mg ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** 263 mg ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης. Κάθε προγεμισμένη σύριγγα περιέχει 410 mg παλμιτικής παλiperιδόνης, που ισοδυναμεί με 263 mg παλiperιδόνης. **350 mg ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης:** Κάθε προγεμισμένη σύριγγα περιέχει 546 mg παλμιτικής παλiperιδόνης, που ισοδυναμεί με 350 mg παλiperιδόνης. **525 mg ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης:** Κάθε προγεμισμένη σύριγγα περιέχει 819 mg παλμιτικής παλiperιδόνης, που ισοδυναμεί με 525 mg παλiperιδόνης. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης. Το εναιώρημα είναι λευκό έως υπόλευκο. Το εναιώρημα έχει ουδέτερο pH (περίπου 7,0). **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beersse, Βέλγιο. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EU/1/14/971/008, EU/1/14/971/009, EU/1/14/971/010. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 13 Σεπτεμβρίου 2018. Λεπτομερείς πληροφορίες για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμες στο δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: <http://www.ema.europa.eu>. **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:** Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

**ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:** Xerplion 100 mg ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης, Xerplion 150 mg ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** 75 mg ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης. Κάθε προγεμισμένη σύριγγα περιέχει 117 mg παλμιτικής παλiperιδόνης που ισοδυναμεί με 75 mg παλiperιδόνης. **100 mg ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης:** Κάθε προγεμισμένη σύριγγα περιέχει 156 mg παλμιτικής παλiperιδόνης που ισοδυναμεί με 100 mg παλiperιδόνης. **150 mg ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης:** Κάθε προγεμισμένη σύριγγα περιέχει 234 mg παλμιτικής παλiperιδόνης που ισοδυναμεί με 150 mg παλiperιδόνης. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης. Το εναιώρημα είναι λευκό έως υπόλευκο. Το εναιώρημα έχει ουδέτερο pH (περίπου 7,0). **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beersse, Βέλγιο. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EU/1/11/672/003 (75 mg), EU/1/11/672/004 (100 mg), EU/1/11/672/005 (150 mg). **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 13 Σεπτεμβρίου 2018. Λεπτομερείς πληροφορίες για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμες στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων (EMA) <http://www.ema.europa.eu>. **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:** Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

**ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ / ΤΙΜΗ**

Περιεκτικότητα	Μέγεθος συσκευασίας	Λιανική τιμή
263 MG/PF. SYR	BTx1PFSYRx263 MG+2BEΛOYNEΣ	681,44 €
350 MG/PF. SYR	BTx1PFSYRx350 MG+2BEΛOYNEΣ	827,13 €
525 MG/PF. SYR	BTx1PFSYRx525 MG+2BEΛOYNEΣ	1.223,19 €

Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε επικοινωνήστε με την εταιρεία Janssen-Cilag Φαρμακευτική Α.Ε.Β.Ε., Λ. Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, τηλ. 210 80.90.000.

**ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ / ΤΙΜΗ**

Περιεκτικότητα	Μέγεθος συσκευασίας	Λιανική Τιμή
75 MG/PF. SYR	BTx1PFSYRx75MG+2BEΛOYNEΣ	248,28€
100 MG/PF. SYR	BTx1PFSYRx100MG+2BEΛOYNEΣ	305,61€
150 MG/PF. SYR	BTx1PFSYRx150MG+2BEΛOYNEΣ	449,82€

Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε επικοινωνήστε με την εταιρεία Janssen-Cilag Φαρμακευτική Α.Ε.Β.Ε., Λ. Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, τηλ. 210 80.90.000.

**JANSSEN-CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.Β.Ε.**

Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000  
www.janssen.com.gr

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα Συμπληρώνοντας τη «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Janssen-Cilag

# Zalepin<sup>®</sup> rapid

olanzapine

Διασπειρόμενα δισκία στο στόμα



Or.Dis.Tab 5mg/tab, BTx28 | Or.Dis.Tab 10mg/tab, BTx28 | Or.Dis.Tab 20mg/tab, BTx28

Για συνταγογραφικές πληροφορίες, συμβουλευθείτε την ΠΧΠ ή/ και απευθυνθείτε στην εταιρεία IASIS PHARMA

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε:

ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα Φάρμακα

Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



Ελληνικό Φάρμακο

IASIS PHARMA HELLAS ABEE  
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΚΑΛΥΝΤΙΚΩΝ  
PHARMACEUTICAL & COSMETICS INDUSTRY

Γραφ. Επιστημ. Ενqm.: Λ. Καματερού 2-4, 134 51 Καματερό Αττικής  
Τηλ.: 210 2311031, Fax: 210 2315889, e-mail: iasis@iasispharma.gr

[www.iasispharma.gr](http://www.iasispharma.gr)



# Escitalopram/Mylan



Με την ποιότητα της Mylan

- Έγκριση FDA\* (κυκλοφορεί στις ΗΠΑ)
- Ποιοτική απελευθέρωση από **Ευρωπαϊκό Κέντρο Ποιοτικού Ελέγχου**
- **Σημαντική εξοικονόμηση** για τον ασθενή\*\*

\* Αντίστοιχο σκεύασμα Escitalopram της Mylan κυκλοφορεί στις ΗΠΑ

\*\* Η εξοικονόμηση προκύπτει από τη σύγκριση του ποσού συμμετοχής ασθενούς με το φάρμακο της Mylan έναντι του ποσού συμμετοχής του με το αντίστοιχο πρωτότυπο φάρμακο

Η διαφήμιση είναι σύμφωνη με την ισχύουσα νομοθεσία - Υπουργική Απόφαση ΔΥΓ3(α)/32221(ΦΕΚ 1049Β/29-04-2013) και τον κώδικα δεοντολογίας του ΣΦΕΕ. Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία:

**Generics Pharma Hellas ΕΠΕ θυγατρική της Mylan Inc.**  
Αγ. Δημητρίου 63 • 174 56 Άλιμος • Τηλ.: 210 99.36.410

A-01809

 **Mylan**

Better Health  
for a Better World

# Abilify Maintena<sup>®</sup> (aripiprazole)



ABLIMNT\_adv\_0119

**ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:** Abilify Maintena 400 mg κόνις και διαλύτης για παρασκευή ενέσιμου εναιωρήματος παρατεταμένης αποδέσμευσης.

**ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Otsuka Pharmaceutical Netherlands B.V.

**ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΟΥ ΚΑΤΟΧΟΥ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:** Lundbeck Hellas S.A.  
Τηλ.: +30 210 610 5036

**ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε φιαλίδιο περιέχει 400 mg αριπιπραζόλης. Μετά από την ανασύσταση, κάθε ml εναιωρήματος περιέχει 200 mg αριπιπραζόλης.

*Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον τοπικό αντιπρόσωπο του κατόχου άδειας κυκλοφορίας κατόπιν αιτήσεως.*



1 ΦΟΡΑΤΟ ΜΗΝΙΑ

400mg

**ZYPrexa** *veloTab*  
Ολανζαπίνη

**ZYPAdhera**  
Σκόνη Ολανζαπίνης και Διαλύτης για  
Ενέσιμο Εναίωμα Παρατεταμένης Αποδέσμευσης

**ZYPrexa**  
Ολανζαπίνη

**OLansek**  
Ολανζαπίνη



**strattera**  
atomoxetine HCl

**LADOSE**  
fluoxetine hydrochloride

**Cymbalta**  
duloxetine HCl

**Lilly** | CNS

Caring for the most valuable

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην Εταιρεία

CNS\_ADV/01/07-2019 CONVEY



**ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.**

15ο χλμ. Εθνικής Οδού Αθηνών-Λαμίας, 14564 Κηφισιά **Τηλ.:** 210 6294600 **Fax:** 210 6294610  
**info@pharmaserve.gr www.pharmaserve.gr**

# Η πρόταση της ELPEN

Secuelia   
Quetiapine



 **Villamos®**  
Ολανζαπίνη

 **Villamos® OD**  
Ολανζαπίνη



**Arpilif**  
αριππραζόλη



**Rispelen®**  
RISPERIDONE  
ΒΑΣΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ



ELPEN Α.Ε. Φαρμακευτική Βιομηχανία  
Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης

- Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210 74 88 711, 211 18 65 500
- Παπαδιαμαντοπούλου 41 – 11528 Αθήνα, Τηλ.: 210 77 56 226, 211 18 65 700
- Εθνικής Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 459 920-1



www.elpen.gr