



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

# 7<sup>ο</sup> ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

30 Μαρτίου – 1 Απριλίου  
2017

Θεσσαλονίκη  
THE MET HOTEL



Υπό την αιγίδα  
Γ' Ψυχιατρικής Κλινικής ΑΠΘ  
Τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ



Τελικό  
Πρόγραμμα

Ας βοηθήσουμε  
την επάνοδό του στη ζωή

Για συνταγογραφικές πληροφορίες, συμβουλευτείτε την ΠΧΠ ή απευθυνθείτε στην εταιρεία.



flyingscolours villadvn-03/2017



Σωστό ξεκίνημα

**Villamos**<sup>®</sup>  
Ολανζαπίνη



ELPEN Α.Ε. Φαρμακευτική Βιομηχανία

Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης

• Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα, Τηλ.: 210 74 88 711 • Παπαδιαμαντοπούλου 41 – 11528 Αθήνα, Τηλ.: 2107756226  
• Εθνικής Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2310 459 920-1



## Ρύθμιση των συναισθημάτων για μια ασφαλή και εύκολη καθημερινότητα

Secuelia   
*Quetiapine*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ	3
ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ	4
ΚΥΡΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ	5
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΕΛΕΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ	6
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	7
ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ-ΟΜΙΛΗΤΕΣ	19
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ	25
ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ	59
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	91
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	96
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ	97

## 7<sup>ο</sup> Συνέδριο Βιοψυχοκοινωνικής Προσέγγισης στην Ιατρική Περίθαλψη

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι,

Η Ελληνική Εταιρεία Βιοψυχοκοινωνικής Προσέγγισης στην Υγεία και εγώ προσωπικά βρισκόμαστε στην ευχάριστη θέση να σας ανακοινώσουμε τη διοργάνωση για 7η συνεχή χρονιά του ετήσιου συνεδρίου μας και να σας προσκαλέσουμε να συμμετάσχετε σ' αυτό από 30 Μαρτίου έως 2 Απριλίου 2017 στη Θεσσαλονίκη.

Η θετική αποτίμηση των εργασιών των προηγούμενων Συνεδρίων, καθώς και η ενεργός συμμετοχή σας στο επιστημονικό του πρόγραμμα, που συνέβαλε αποφασιστικά στην επιτυχία τους, μας οδήγησαν στην απόφαση να διοργανώσουμε το 7ο συνέδριο «Βιοψυχοκοινωνικής Προσέγγισης στην Ιατρική Περίθαλψη» παρά τις όποιες οικονομικές και θεσμικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε.

Οι στόχοι του συνεδρίου, έτσι όπως αυτό διαμορφώθηκε και εξελίχθηκε κατά την πορεία του τα προηγούμενα έτη, είναι πολλαπλοί. Βασικό στόχο αποτελεί βεβαίως η παρουσίαση νέων επιστημονικών και ερευνητικών δεδομένων από τα εξελισσόμενα συνεχώς επιστημονικά πεδία της τεκμηριωμένης διάγνωσης, της θεραπείας και των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που απευθύνονται προς τους συναδέλφους ψυχιάτρους, παιδοψυχιάτρους, νευρολόγους, αλλά και συναδέλφους άλλων ιατρικών ειδικοτήτων. Στο φετινό μας συνέδριο θα επιδιώξουμε τη συμμετοχή στο πρόγραμμά του και των γενικών ιατρών στους οποίους μεταφέρεται σταδιακά η ευθύνη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Συγχρόνως κύριο στόχο του συνεδρίου αποτελεί και η εκπαίδευση των νέων συναδέλφων ψυχιάτρων και άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Συνεργαστήκαμε στο προηγούμενο συνέδριο με την «Ένωση ειδικευόμενων ψυχιάτρων» στη συνδιοργάνωση εκπαιδευτικών συμποσίων με μεγάλη ανταπόκριση και επιτυχία. Τη συνεργασία αυτή σκοπεύουμε να τη συνεχίσουμε και διευρύνουμε.

Στο ίδιο πλαίσιο εκπαιδευτικών στόχων διοργανώθηκαν στα προηγούμενα συνέδρια εκπαιδευτικά σεμινάρια και εργαστήρια (workshops) που απευθύνονταν σε ομάδες επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όπως ψυχολόγοι και νοσηλεύτες, με την ενεργό συμμετοχή τους σ' αυτά. Στο υπό διοργάνωση συνέδριο στοχεύουμε να συμπεριλάβουμε ανάλογες δραστηριότητες.

Αγαπητές και αγαπητοί συνάδελφοι, η επιτυχία ενός συνεδρίου εξαρτάται μεν από τις προσπάθειες και τις ιδέες της οργανωτικής επιτροπής, αλλά τον καθοριστικό ρόλο παίζει η ανταπόκριση της επιστημονικής κοινότητας και η ενεργός συμμετοχή σας σ' αυτό. Ανανεώνοντας, λοιπόν, το ραντεβού μας στη Θεσσαλονίκη σας προσκαλούμε για την πραγματοποίηση ενός γόνιμου και εποικοδομητικού συνεδρίου.

Ο Πρόεδρος του Συνεδρίου

**Ιωάννης Αλ. Νηματούδης**

Καθηγητής Ψυχιατρικής Α.Π.Θ.

Διευθυντής Γ' Ψυχιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.

## ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

### ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

<b>Πρόεδρος:</b>	Νηματούδης Ιωάννης	
<b>Επίτιμος Πρόεδρος:</b>	Ιακωβίδης Απόστολος	
<b>Μέλη:</b>	Αμπατζόγλου Γ. Ηλιάδου Β. Ιεροδιακόνου-Μπένου Ι. Κυζιρίδης Θ. Κυζιρίδου Σ. Μαυρίδης Θ.	Νασίκα Ζ. Παναγιωτίδης Π. Προκοπίου Π. Σοφός Α. Φουντουλάκης Κ. Φωτιάδης Π.

### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

<b>Πρόεδροι:</b>	Διακογιάννης Ιωάννης, Ζηλίκης Νικόλαος	
<b>Επίτιμα μέλη:</b>		
Αλεβιζόπουλος Γ.	Καρακώστας Δ.	Σακκάς Π.
Αναγνωστόπουλος Δ.	Κονταξάκης Β.	Σαμακουρή Μ.
Βασιλαματζής Γ.	Λειβαδίτης Μ.	Σολδάτος Κ.
Βγόντζας Α.	Λιάππας Ι.	Στεφανής Κ. †
Βλαϊκίδης Ν.	Μαλλιώρη Μ.	Στεφανής Ν.
Γαρύφαλλος Α.	Μαυρέας Β.	Ταρλατζής Β.
Γαρύφαλλος Γ.	Μποστταντζοπούλου Σ.	Τάσκος Ν.
Γκιουζέπας Ι.	Παπαγεωργίου Χ.	Τζαβάρας Ν.
Γουρζής Φ.	Παπαδημητρίου Γ.	Τσονίδης Χ.
Γρηγοριάδης Ν.	Πατσαλός Ι.	Φωκάς Κ.
Δικαίος Δ.	Πλουμπίδης Δ.	Χριστοδούλου Γ.
Ιεροδιακόνου Χ.	Πολυζωίδης Κ.	Ωρολογάς Α.
Καράβατος Α.	Ραμπαβίλας Α.	
<b>Μέλη:</b>		
Αθανασιάδης Λ.	Λαυρεντιάδης Γ.	Πετρικής Π.
Ασημακόπουλος Κ.	Λέτσιου Ο.	Ρίζος Ε.
Γουρνέλλης Ρ.	Μέλλος Ε.	Ρόβα Κ.
Δαμιανίδου Κ.	Μουσάας Γ.	Σερντάρη Α.
Δημέλλης Δ.	Μποζίκας Β.	Σίμος Γ.
Δουζένης Δ.	Μπονώτης Κ.	Σκαπινάκης Π.
Ζέρβας Ι.	Μυρωνίδου-Τζουβελέκη Μ.	Συγγελάκης Μ.
Θεοφυλλίδης Α.	Οικονόμου Μ.	Τσιγγένη Κ.
Καπρίνης Σ.	Παπαρηγόπουλος Θ.	Χατζημανώλης Ι.
Κώνστα Α.	Παρλαπάνη Ε.	Χριστοδούλου Χ.
Λαζαράτου Ε.		

## ΚΥΡΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Αγχώδεις διαταραχές	Σεξουαλική λειτουργία και διαταραχές
Άνοιες	Στίγμα και ψυχική νόσος
Αυτοκτονικότητα	Συμβουλευτική/Διασυνδετική Ψυχιατρική
Βιοηθική	Συναισθηματικές διαταραχές
Διαπολιτισμική Ψυχιατρική	Σχιζοφρένεια
Διαταραχές Λήψης Τροφής	Σωματόμορφες διαταραχές
Επαγγελματική Εξουθένωση επαγγελματιών υγείας	Ύπνος και διαταραχές
Επικοινωνία ασθενούς-γιατρού	Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου
Ιατρική Ψυχολογία	Ψυχιατρική και Πρωτοβάθμια Περίθαλψη
Κοινωνική – Κοινοτική Ψυχιατρική	Ψυχιατρική Εξαρτήσεων
Νευροαπεικόνιση	Ψυχιατροδικαστική
Νευροψυχιατρική	Ψυχοακουστική
Νευροχειρουργική και Ψυχιατρική	Ψυχογηριατρική
Νευροψυχολογία	Ψυχοθεραπείες
Νευρωτικές διαταραχές στη σωματική νόσο	Ψυχοκοινωνική προσαρμογή σωματικά πάσχοντος
Οικονομία Υγείας	Ψυχο- Ανοσολογία
Οργανικές ψυχικές διαταραχές	Ψυχο-Ογκολογία
Οικογένεια – Φροντιστές ψυχικά πασχόντων	Ψυχοσωματική
Παιδοψυχιατρική & Ψυχιατρική Εφήβου	Ψυχοφαρμακολογία
Ποιότητα – Ικανοποίηση Ζωής ψυχικά ασθενών	Ψυχοφυσιολογία
Προληπτική Ψυχιατρική	

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 31 ΜΑΡΤΙΟΥ 2017

19.30-21.00 **ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ – ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ**

**Ι. Νηματούδης**, Πρόεδρος του Συνεδρίου

**Α. Εξαδάκτυλος**, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης

**Δ. Πλουμπίδης**, Πρόεδρος της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας

**Π. Αργυροπούλου – Πατάκα**, Αναπλ. Πρύτανη

Ανθρώπινων Πόρων Α.Π.Θ. (έχει προσκληθεί)

## ΚΗΡΥΞΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Καθηγητής

**Π. Μήτκας**

Πρύτανης Α.Π.Θ. (έχει προσκληθεί)

## ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ

Πρόεδρος: **Ι. Νηματούδης**

*Η Νανοϊατρική στη διάγνωση και θεραπεία νευρολογικών παθήσεων*

**Ευστάθιος Π. Ευσταθόπουλος**

Καθηγητής Ιατρικής Φυσικής και Ακτινοφυσικής Ε.Κ.Π.Α.

## ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ



An impressionistic painting of a seascape. The sky is filled with soft, blended colors of grey, blue, and green, suggesting a cloudy or overcast day. The sea below is depicted with visible brushstrokes in shades of blue, green, and white, capturing the movement of waves. In the foreground, dark, rocky formations are partially submerged in the water. A horizontal yellow band with a dark blue border is positioned across the middle of the image, containing the text.

Επιστημονικό  
Πρόγραμμα

# ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 30 ΜΑΡΤΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ **ΜΑΪΣΤΡΟΣ**

- 12.00 – 13.30 **ΕΓΓΡΑΦΕΣ - ΥΠΟΔΟΧΗ**
- 13.30 – 15.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**  
Ανίχνευση της Διαταραχής Χρήσης Αλκοόλ σε Γενικό Νοσοκομείο  
Πρόεδροι: **Ι. Διακογιάννης, Π. Παναγιωτίδης**  
*Ανίχνευση της Διαταραχής Χρήσης Αλκοόλ*  
**Π. Παναγιωτίδης**  
*Ανίχνευση στο πλαίσιο των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων Ψυχιατρικής*  
**Θ. Κυζιρίδης**  
*Ανίχνευση μέσω βιολογικών δεικτών – Εργαλεία*  
**Κ. Γουγουλιάς**  
*Νευρογενωσιακά ελλείμματα ως μέσο ανίχνευσης Διαταραχής Χρήσης Αλκοόλ και Διαταραχής Χρήσης Βενζοδιαζεπινών*  
**Οδ. Κυριαζής**
- 15.00 – 16.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**  
Ανοσολογική προσέγγιση ψυχικών διαταραχών  
Πρόεδροι: **Απ. Ιακωβίδης, Ε. Παρλαπάνη**  
*Μηχανισμοί ανοσιακής απάντησης σε ψυχικές παθήσεις*  
**Οδ. Κυριαζής**  
*Ανοσολογική απάντηση σε διπολικούς ασθενείς*  
**Ε. Καραβέλας**  
*Ανοσιακή απάντηση και 1ο ψυχωτικό επεισόδιο*  
**Ε. Παρλαπάνη**
- 16.30 – 18.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**  
Ανώτερες νοητικές λειτουργίες στην πολλαπλή σκλήρυνση:  
Νευροανοσολογικό υπόβαθρο  
Πρόεδροι: **Ν. Γρηγοριάδης, Σ. Μποσταντζοπούλου**  
*Ανοσοπαθολογικό υπόστρωμα*  
**Ν. Γρηγοριάδης**  
*Μέθοδοι αξιολόγησης*  
**Ε. Κωνσταντινοπούλου**  
*Νευροψυχολογική προσέγγιση*  
**Κ. Πόταγας**

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

18.00 – 18.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ – POSTERS

18.30 – 20.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση της εγκυμοσύνης

Πρόεδροι: **Ι. Ιεροδιακόνου-Μπένου, Λ. Αθανασιάδης**

Ζητήματα αντιμετώπισης ψυχικά πάσχουσας εγκύου

**Λ. Αθανασιάδης**

Εγκυμονούσα ασθενής σε Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου:  
αναφορά περιστατικού

**Μ. Μάρου**

Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση και θεραπεία

**Ι. Ιεροδιακόνου-Μπένου**

20.00 – 21.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Νεοπλασίες: ο άνθρωπος, η νόσος και η θεραπεία

Πρόεδροι: **Αν. Ωρολογάς, Κ. Φουντουλάκης**

Δικαίωμα στην αλήθεια

**Ι. Χ. Παπαχρήστος**

Ψυχοδυναμικές διεργασίες σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο και στους  
θεραπευτές τους

**Ηλ. Ανδρεουλάκης**

Βιολογικές επιδράσεις των θεραπειών στο ΚΝΣ και οι συνέπειες τους

**Αν. Ράμναλης**

Η ωρίμανση του φοιτητή σε ιατρό – θεραπευτή

**Γ. Λαλιός**

# ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 31 ΜΑΡΤΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ **ΜΑΪΣΤΡΟΣ**

09.00 – 10.30

## ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Ψυχική Υγεία σε έκτακτες καταστάσεις

Πρόεδροι: **Β. Μαυρέας, Π. Φωτιάδης**

Ψυχολογική διάσταση – αντιδράσεις σε καταστροφές και επείγουσες καταστάσεις

**Δ. Δημέλλης**

Ψυχολογική επιβάρυνση και υποστήριξη προσωπικού εκτάκτων αναγκών

**Π. Φωτιάδης**

Ριζοσπαστικοποίηση και Ψυχική Υγεία

**Γ. Καραμπουτάκης**

10.30 – 12.00

## ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Νευρογνωστικά ελλείμματα σε μη συναισθηματικές ψυχώσεις

Πρόεδροι: **Β. Π. Μποζίκας, Ε. Παρλαπάνη**

Νευροψυχολογικό προφίλ ασθενών με 1ο ψυχωτικό επεισόδιο.

**Κ. Δαρδαγάνη**

Η Κοινωνική Νόηση (Social Cognition) κατά την πορεία των ψυχωτικών διαταραχών

**Ε. Ντούρος**

Η σχέση της Θεωρίας του Νου και της κατανόησης της άδηλης αιτιότητας ρημάτων που δηλώνουν συναισθηματική κατάσταση ή δράση

**Έ.Ι. Ναζλίδου**

Φωνητική ανάλυση της ομιλίας των ασθενών με σχιζοφρένεια

**Μ. Κάτσανου**

12.00 – 12.30

## ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ – POSTERS

12.30 – 14.00

## ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Οργάνωση: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Εξαρτησιογόνων Ουσιών

Νέες Ψυχοδραστικές Ουσίες

Πρόεδροι: **Ι. Διακογιάννης, Μ. Μυρωνίδου**

Νέες ψυχοδραστικές ουσίες. Μια επισκόπηση του προβλήματος

**Π. Παναγιωτίδης**

Ανίχνευση των νέων ψυχοδραστικών ουσιών

**Ν. Ράϊκος**

Δράση των ψυχοδραστικών ουσιών και γενετικό υπόβαθρο

**Α. Γούλας**

Νέες ουσίες, διαφορετικές κλινικές εικόνες

**Κ. Νικολάου**

# ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

- 14.00 – 15.00 **ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ – POSTERS**
- 15.00 – 16.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**  
*Διασχιστικά Φαινόμενα – Διασχιστικές Διαταραχές*  
Πρόεδροι: **Μ. Σαμακουρή, Γ. Γαρούφαλλος**  
*Διασχιστικά Φαινόμενα – Διασχιστικές Διαταραχές: Εισαγωγή*  
**Μ. Σαμακουρή**  
*Ιστορική αναδρομή της διάσχισης*  
**Μ. Αθανασίου**  
*Συσχέτιση διασχιστικών διαταραχών με άλλες ψυχικές διαταραχές*  
**Μ. Κατσικίδου**  
*Διάσχιση και επικινδυνότητα*  
**Α. Τζίκος**
- 16.30 – 18.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**  
*Ανθεκτική σχιζοφρένεια*  
Πρόεδροι: **Απ. Ιακωβίδης, Ι. Νηματούδης**  
*Παθοφυσιολογία της ανθεκτικής σχιζοφρένειας*  
**Δ. Δημέλλης**  
*Θεραπευτική αντιμετώπιση της ανθεκτικής στη θεραπεία σχιζοφρένειας*  
**Π. Φωτιάδης**  
*Η σύγχρονη θέση της κλοζαπίνης*  
**Ι. Νηματούδης**
- 18.00 – 18.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ – POSTERS**
- 18.30 – 19.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Πρόεδρος: **Γ. Παπαδημητρίου**  
*Από την χλωροπρομαζίνη στα 2ης γενιάς αντιψυχωτικά. Τι έχουμε επιτύχει;*  
**Ι. Νηματούδης**
- 19.00 – 19.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Πρόεδρος: **Ι. Νηματούδης**  
*Ψύχωση και κάνναβις: υπάρχει αιτιολογική σχέση μεταξύ τους;*  
**Ν. Στεφανής**
- 19.30 - 21.00 **ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ**  
**ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ**  
**ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ**  
*Η Νανοϊατρική στη διάγνωση και θεραπεία νευρολογικών παθήσεων*  
**Ευστ. Ευσταθόπουλος**

# ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 31 ΜΑΡΤΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΖΕΦΥΡΟΣ

- 10.00 – 12.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**  
Μέσα, ενδιάμεσα και διάμεσα: η ζωή σε εντατική μονάδα νεογνών  
Πρόεδροι: **Φ.Τζ. Μπασιάλλα, Γ. Μητσιάκος, Ν. Νικολαΐδης**  
*Θεραπευτική προσέγγιση με πλεονεκτήματα διεπιστημονικής συνεργασίας*  
**Ε. Κοταρή**  
*Η φυσικοθεραπεία στη MENN*  
**Μ. Κυριακίδου**  
*Η ψυχολογική παρενόχληση στις μονάδες εντατικής νεογνών*  
**Η. Χατζηιωαννίδης**  
*Η επιβάρυνση της υγείας σε σχέση με την παρενόχληση στο εργασιακό περιβάλλον των μονάδων εντατικής νεογνών*  
**Π. Χατζηβαλαμά**  
*Το διάμεσο: η συνεισφορά της ομάδας προσωπικού*  
**Φ. Τζ. Μπασιάλλα**
- 12.00 – 12.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ – POSTERS**
- 12.30 – 14.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**  
Η δράση των αντιψυχωτικών φαρμακευτικών παραγόντων στο ανοσοποιητικό σύστημα. Συσχέτιση με την αποτελεσματικότητα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες  
Πρόεδροι: **Χ. Παπαγεωργίου, Ε. Ρίζος**  
*Ανοσοποιητικό και σχιζοφρένεια*  
**Γ. Κωνσταντίνου**  
*Ανοσοποιητικό και αντιψυχωτική αγωγή*  
**Ε. Ρίζος**  
*Ο ειδικός ρόλος της κλοζαπίνης στο ανοσοποιητικό σύστημα*  
**Χ. Γερασίμου**
- 14.00 – 15.00 **ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ – POSTERS**

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

15.00 – 16.30

### ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Οργάνωση: Κλάδος Ουσιοεξαρτήσεων Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας  
Σύγχρονες Βιολογικές Θεραπείες των Διαταραχών Χρήσης Ουσιών

Πρόεδροι: **Ι. Διακογιάννης, Θ. Παπαρρηγόπουλος**

*Σύγχρονες βιολογικές θεραπείες που οδηγούν σε Διαταραχή Χρήσης Ουσιών*

**Π. Παναγιωτίδης**

*Δισουλφιδράμη: Παλαιά ουσία – νέα εμφάνιση*

**Ε. Μέλλος**

*Αντιεπιληπτικά στην αντιμετώπιση της Διαταραχής Χρήσης Αλκοόλ*

**Θ. Παπαρρηγόπουλος**

*Ωκυτοκίνη και οπιοειδή*

**Κ. Νικολάου**

16.30 – 18.00

### WORKSHOP

Πρόεδρος: **Κ. Φουντουλάκης**

Βασική ποσοτικοποίηση της συμπεριφοράς

# ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 1 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ **ΜΑΪΣΤΡΟΣ**

- 09.00 – 10.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**  
Καρκίνος και ψυχικές αντιδράσεις στο οικογενειακό και νοσοκομειακό περιβάλλον  
Πρόεδροι: **Ι. Ιεροδιακόνου-Μπένου, Σ. Καπρίνης**  
Παρουσίαση video από ομάδα φοιτητών της Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.  
*Γνωρίζοντας το οικογενειακό περιβάλλον του καρκίνου...*  
**Γ.-Ε. Αθανασόπουλος, Α.-Η. Γεωργιάδου, Σ. Ζαρέντη, Σ.-Α. Ισαακίδου, Μ. Αναστασόπουλος (μοντάζ)**  
*Η διασυνδεδετική εμπειρία: ο καρκίνος, ο γιατρός και ο ψυχίατρος*  
**Ι. Ιεροδιακόνου-Μπένου**  
*Καρκίνος και νοσηλευτικό προσωπικό*  
**Κ. Πάλλα, Π. Τσεκερίδου**
- 10.30 – 12.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**  
Ψυχιατροδικαστική: Κλινική πράξη και έρευνα  
Πρόεδροι: **Αθ. Δουζένης, Δ. Τσακλακίδου**  
*Ψυχιατροδικαστική Μονάδα Π.Γ.Ν. Αττικής: Προφίλ ασθενών του Εξωτερικού Ψυχιατροδικαστικού Ιατρείου*  
**Γ. Καλέμη**  
*Ψυχιατροδικαστική και Ενήλικοι κρατούμενοι: Ο ρόλος των Διαταραχών Προσωπικότητας*  
**Α. Αποστολόπουλος**  
*Ανήλικοι παραβάτες και Ψυχιατροδικαστική*  
**Π. Μπαλή**  
*Το τμήμα Ψυχιατροδικαστικής Ψ.Ν.Θ. στην κλινική πράξη*  
**Μ. Μαρκοπούλου**
- 12.00 – 12.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ – POSTERS**
- 12.30 – 14.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**  
Διάλογος νευροεπιστημών και ψυχανάλυσης  
Πρόεδροι: **Αθ. Καράβατος, Μ. Οικονόμου**  
*Ψυχή και νους στη διαδρομή της ιστορίας: φιλοσοφικοί και επιστημολογικοί προβληματισμοί*  
**Μ. Οικονόμου**  
*Η συνεργασία των νευροεπιστημών και της ψυχανάλυσης για την κατανόηση των ψυχικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας*  
**Ε. Λαζαράτου**  
*Ο σύγχρονος διάλογος νευροεπιστημών και ψυχανάλυσης*  
**Αθ. Καράβατος**



# ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

- 14.00 – 15.00 **ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ – POSTERS**  
Γενική Συνέλευση της Ελληνικής Εταιρείας Βιοψυχοκοινωνικής Προσέγγισης στην Υγεία
- 15.00 – 16.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**  
Νευροψυχολογία & Ψυχοακουστική  
Πρόεδροι: **D.-E. Βαμίου, I. Νηματούδης**  
*Μνήμη και ακουστική αντίληψη*  
**B.-M. Ηλιάδου**  
*Η συμβολή του ρυθμού στην πρόσληψη της ακουστικής πληροφορίας*  
**X. Σιδηράς**  
*Η συμβολή της ακουστικής εκπαίδευσης στην αντιμετώπιση μαθησιακών, γνωστικών και γλωσσικών ελλειμμάτων*  
**D.-E. Βαμίου**
- 16.30 – 18.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**  
Ψυχοφυσιολογικές θεωρήσεις της ψυχοπαθολογίας  
Πρόεδροι: **Ηλ. Αγγελόπουλος, Χ. Παπαγεωργίου**  
*Επιτελικές λειτουργίες στο καταθλιπτικό φάσμα*  
**Ελ. Τσάλτα**  
*Ψυχοπαθολογία και λειτουργική συνδεσιμότητα του εγκεφάλου*  
**Ηλ. Αγγελόπουλος**  
*Νευροαπεικονιστικά δεδομένα στη γνωστική δυσλειτουργία του ψυχωτικού φάσματος*  
**N. Σμυρλής**  
*Κλινικο-εργαστηριακά παραδείγματα της Θεωρίας του Νου*  
**X. Παπαγεωργίου**
- 18.00 – 18.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ – POSTERS**
- 18.30 – 19.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Πρόεδρος: **Π. Σακκάς**  
*Ψυχιατρική βασισμένη σε δεδομένα*  
**K. Φουντουλάκης**
- 19.00 – 20.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**  
Πρόεδροι: **N. Στεφανής, I. Νηματούδης**  
*Πρόδρομη φάση της ψύχωσης*  
**Φ. Γουρζής**  
*Σύνδρομο αυξημένου κινδύνου για ψύχωση: φαρμακευτικές παρεμβάσεις*  
**Γ. Γαρύφαλλος**
- 20.30 **ΛΗΞΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ**

# ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 1 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2017

ΑΙΘΟΥΣΑ ΖΕΦΥΡΟΣ

- 10.00 – 11.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**  
Σχολικός εκφοβισμός: Από την αιτιοπαθογένεια στις μακροπρόθεσμες συνέπειες  
Πρόεδροι: **Γ. Σίμος, Φ. Γουρζής**  
*Ψυχοκοινωνικές παράμετροι που συνεισφέρουν στον εκφοβισμό στην παιδική ηλικία*  
**Χ. Τούπου**  
*Εμπειρίες εκφοβισμού στην παιδική ηλικία και πλαίσιο ανατροφής*  
**Α. Φάκα**  
*Εκφοβισμός στην παιδική ηλικία και μακροπρόθεσμες συνέπειες στην ενήλικη ζωή*  
**Χ. Τσιλιγγίρη**  
*Εμπειρίες εκφοβισμού στην παιδική ηλικία και μακροπρόθεσμες συνέπειες: Αυτοεκτίμηση και επιθετικότητα στον νεαρό ενήλικα*  
**Μ. Σουμπάρα**
- 11.30 – 12.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Πρόεδρος: **Ι. Νηματούδης**  
*Τα οφέλη της έγκαιρης έναρξης φαρμακευτικής αγωγής στη σχιζοφρένεια*  
**Π. Φωτιάδης**
- 12.00 – 12.30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ – POSTERS**
- 12.30 – 14.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**  
Συνδιοργάνωση με την ένωση των ειδικευόμενων ψυχιατρικής  
Εκπαίδευση στις νεότερες εξελίξεις στην ψυχοφαρμακολογία  
Πρόεδροι: **Ι. Νηματούδης, Γ. Γαρούφαλος**  
*Άτυπα αντιψυχωτικά: η οπτική του ειδικευόμενου*  
**Ν. Ελευθερίου**  
*Νεότερα αντικαταθλιπτικά*  
**Χρ. Μπάκας**  
*Ανάγκες των ειδικευομένων για εκπαίδευση στην ψυχοφαρμακολογία*  
**Ι. Νηματούδης – Δ. Μπαλάρης**
- 14.00 – 15.00 **ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ – POSTERS**

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

15.00 – 16.30

### ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Μονάδα Ψυχοσωματικής Ιατρικής της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.

Πρόεδροι: **Κ. Φωκάς, Χρ. Βαρβάρα**

*Απολογισμός λειτουργίας μιας ανεξάρτητης Ψυχοσωματικής Μονάδας [2004-2016]*

**Μ. Συγγελάκης**

*Ο καθοριστικός ρόλος των Σ-Δ Ψ Νοσηλευτριών στη λειτουργία της Μονάδας*

**Θ. Σπυριδοπούλου**

*Ψυχο-Ογκολογικό Ιατρείο*

**Α. Λαζαρίδης**

*Μονάδα Αντιμετώπισης Αυτοκτονικής Συμπεριφοράς*

**Γ. Τσίγκος**

*Εκπαίδευση Ειδικευόμενων στην Ψυχοσωματική Ιατρική*

**Κ. Σέρεσλης**

16.30 – 18.00

### WORKSHOP

Πρόεδρος: **Μ. Οικονόμου**

*Ψυχοεκπαίδευση στη Διπολική Διαταραχή: η αξιοποίηση του προσωπικού βιώματος στην αντιμετώπιση και θεραπεία*

18.00 – 18.30

### ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ – POSTERS

18.30 – 20.30

### ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Συνδιοργάνωση με την Παιδοψυχιατρική Εταιρεία Ελλάδος

Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου: Ζητήματα εκπαίδευσης και ταυτότητας

Πρόεδροι: **Ν. Ζηλίκης, Γ. Αμπατζόγλου**

*Κατευθυντήριες γραμμές της UEMS*

**Α. Γρηγοριάδου**

*Η σημασία της Περιγεννητικής Ψυχιατρικής στην εκπαίδευση των παιδοψυχιάτρων*

**Γ. Αμπατζόγλου**

*Ιδιαιτερότητες στην εκπαίδευση στην Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου:*

*Η εικόνα του σήμερα*

**Α. Μπέκα**

*Παιδοψυχιατρική και Παιδιατρική: Σχέσεις και όρια στην κλινική εργασία και στην εκπαίδευση*

**Μ. Καραγιάννη**

*Το συνεχές της Ψυχιατρικής μέσα από τις επιμέρους «Ψυχιατρικές» παιδιού-εφήβου-ενηλίκου*

**Ν. Ζηλίκης**

ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ

είναι ένα διάλυμα  
παρατεταμένης αποδέσμευσης

# ΧΕPLION®

παλμιτική παλπεριδόνη



**ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:** Χεplion 75 mg ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης Χεplion 100 mg ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης Χεplion 150 mg ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** 75 mg ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης. Κάθε προγεμισμένη σύριγγα περιέχει 117 mg παλμιτικής παλπεριδόνης που ισοδυναμεί με 75 mg παλπεριδόνης. 100 mg ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης. Κάθε προγεμισμένη σύριγγα περιέχει 156 mg παλμιτικής παλπεριδόνης που ισοδυναμεί με 100 mg παλπεριδόνης. 150 mg ενέσιμο εναιώρημα παρατεταμένης αποδέσμευσης. Κάθε προγεμισμένη σύριγγα περιέχει 234 mg παλμιτικής παλπεριδόνης που ισοδυναμεί με 150 mg παλπεριδόνης. **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 Beerse, 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:**

10 Νοεμβρίου 2016. Λεπτομέρεια πληροφοριακά στοιχεία για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμα στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων (EMA) <http://www.ema.europa.eu>. **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΔΟΣΗΣ:** Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

#### ΣΥΣΤΑΣΙΑ / ΤΙΜΗ

Περιεκτικότητα	Μέγεθος συσκευασίας	Νοσοκομειακή τιμή	Λιανική Τιμή
75 MG/PF-SYR	B1X1PFSYRb75MG+2BEΛONES	192,85€	254,65€
100 MG/PF-SYR	B1X1PFSYRb100MG+2BEΛONES	237,39€	313,45€
150 MG/PF-SYR	B1X1PFSYRb150MG+2BEΛONES	356,08€	461,78€

Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε επικοινωνήστε με την εταιρεία Janssen-Cilag Φαρμακευτική Α.Ε.Β.Ε. Α. 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](http://www.janssen.com.gr)

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

**janssen**

PHARMACEUTICAL COMPANIES  
of Johnson & Johnson



An impressionistic painting of a seascape. The sky is filled with soft, blended colors of purple, blue, and grey, suggesting a cloudy or overcast day. The sea below is depicted with similar soft, textured brushstrokes in shades of blue, green, and white, capturing the movement of waves. A prominent yellow horizontal band is superimposed across the middle of the image, containing the title text in a dark, serif font. The overall style is characteristic of Impressionism, focusing on light and color over fine detail.

Προσκεκλημένοι  
Πρόεδροι-Ομιλητές

## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ-ΟΜΙΛΗΤΕΣ

- Βαμίου D.-E.** MD, Msc, PhD, Neurologist, Senior Lecturer, UCL Ear Institute
- Αγγελόπουλος ΗΛ.** Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής Ε.Κ.Π.Α.
- Αθανασιάδης Λ.** Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής-Ψυχοσεξουαλικότητας, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.
- Αθανασίου Μ.** Ειδικευομένη Ψυχιατρικής, Ψυχιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. Έβρου, Αλεξανδρούπολη
- Αθανασόπουλος Γ.-Ε.** Φοιτητής Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.
- Αμπατζόγλου Γ.** Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.
- Αναστασόπουλος Μ.** Φοιτητής Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.
- Ανδρεουλάκης ΗΛ.** Δρ. Ψυχίατρος
- Αποστολόπουλος Α.** Ψυχίατρος Θ.Μ.Υ. – Ο.ΚΑ.ΝΑ., Υπ. Διδάκτωρ Ψυχοτροδικαστικής Ε.Κ.Π.Α.
- Βαρβάρα Χρ.** ΣΔΨ Νοσηλεύτρια, Ψυχολόγος, Μονάδα Ψυχοσωματικής Ιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
- Γαρούφαλος Γ.** Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.
- Γερασίμου Χ.** Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Γεωργιάδου Α.-Η.** Φοιτήτρια Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.
- Γουγουλιάς Κ.** Ψυχίατρος, Επικουρικός Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ 3η ΥΠΕ Π.Ε.Δ.Υ.-Μ.Υ. Θεσσαλονίκης, Επιστ. Συνεργάτης Γ΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.
- Γούλας Α.** Αναπλ. Καθηγητής Φαρμακολογίας Α.Π.Θ.
- Γουρζής Φ.** Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών
- Γρηγοριάδης Ν.** Καθηγητής Νευρολογίας, Διευθυντής Β΄ Νευρολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.
- Γρηγοριάδου Α.** Παιδοψυχίατρος, Διδάκτωρ Παν/μίου Αθηνών, Επιστημονική Διευθύντρια Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής & Ερευνών
- Δαρδαγάνη Α.** Νευροψυχολόγος, Υποψήφια Διδάκτωρ, Επιστ. Συνεργάτης Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.
- Δημέλλης Δ.** Ψυχίατρος, Επιμελητής Ψυχιατρικής Κλινικής 424 Γ.Σ.Ν.Ε. Θεσσαλονίκης
- Διακογιάννης Ι.** Καθηγητής Ψυχιατρικής, Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.

## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ-ΟΜΙΛΗΤΕΣ

- Δουζίνης Α.** Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής – Ψυχιατροδικαστικής, Διευθυντής Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α.
- Ελευθερίου Ν.** Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- Ευσταθόπουλος Ε. Π.** Καθηγητής Ιατρικής Φυσικής και Ακτινοφυσικής, Β΄ Εργαστήριο Ακτινολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.
- Ηλιάδου Β.-Μ.** Αναπλ. Καθηγήτρια Ψυχοακουστικής, Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.
- Ζαρέντη Σ.** Φοιτήτρια Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.
- Ζηλίκης Ν.** Καθηγητής Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου, Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.
- Ιακωβίδης Α.** Ομότ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Επίτιμος Πρόεδρος του Συνεδρίου
- Ιεροδιακόνου-Μπένου Ι.** Αναπλ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.
- Ισαακίδου Σ.-Α.** Φοιτήτρια Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.
- Καλέμη Γ.** Μ.Sc Ψυχολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Τμήματος Ψυχιατροδικαστικής, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Καπρίνης Σ.** Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής Α.Π.Θ.
- Καράβατος ΑΘ.** Ομότ. Καθηγητής Ψυχιατρικής Α.Π.Θ.
- Καραβέλας Ε.** Ψυχίατρος, Επιστ. Συνεργάτης Γ΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.
- Καραγιάννη Μ.** Παιδοψυχίατρος, Δρ Α.Π.Θ., Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Ψυχιατρικό Τμήμα Παιδιών – Εφήβων, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»
- Καραμπουτάκης Γ.** MD, PhD, Msc Ψυχίατρος, Επιστ. Συνεργάτης Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής Τμήματος Νοσηλευτικής Ε.Κ.Π.Α., Διαπιστευμένος Διαμεσολαβητής Υπουργείου Δικαιοσύνης, Διαφάνειας & Ανθρώπινων Δικαιωμάτων
- Κάτσανου Μ.** Ψυχολόγος, Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.
- Κατσικίδου Μ.** Ψυχίατρος, Διδάκτορας Ιατρικής Δ.Π.Θ.
- Κοταρή Ε.** Νοσηλεύτρια, Β΄ Νεογνολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν. «Παπαγεωργίου»
- Κυζιρίδης Θ.** Ψυχίατρος, Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.
- Κυριαζής Οδ.** Ψυχίατρος, Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.
- Κυριακίδου Μ.** Dr. Φυσικοθεραπεύτρια, Β΄ Νεογνολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ-ΟΜΙΛΗΤΕΣ

- Κωνσταντινοπούλου Ε.** Ψυχολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Β' Νευρολογικής Κλινικής Π.Γ. Ν.Θ. Α.Χ.Ε.Π.Α., Υποψ. Διδάκτωρ Νευροψυχολογίας, Τμ. Ψυχολογίας, Α.Π.Θ.
- Κωνσταντίνου Γ.** ΜD, Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, Α' Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο
- Λαζαράτου Ε.** Αναπ. Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Α' Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο
- Λαζαρίδης Α.** Ψυχολόγος, Ψυχοθεραπευτής
- Λαλές Γ.** Φοιτητής Τμ. Ιατρικής Α.Π.Θ.
- Μαρκοπούλου Μ.** Ψυχίατρος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Επιστ. Υπεύθυνη Τμήματος Ψυχιατροδικαστικής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- Μάρου Μ.** Ειδικευόμενη Ψυχιατρικής, Γ' Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.
- Μαυρέας Β.** Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- Μέλλος Ε.** Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής, Πρόγραμμα «Αθηνά», «Αιγινήτειο»  
Νοσοκομείο - ΟΚΑΝΑ
- Μητσιάκος Γ.** Επίκ. Καθηγητής Νεογνολογίας Α.Π.Θ., Β' Νεογνολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
- Μπάκας Χ.** Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- Μπαλάρης Δ.** Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, Β' Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.
- Μπαλή Π.** Μ.Sc Ψυχολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Τμήματος Ψυχιατροδικαστικής, Β' Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Μπασιάλλα Φρ. Τζ.** Dr. Ψυχίατρος, Ψυχαναλύτρια ομάδας, Α' Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
- Μπέκα Α.** Παιδοψυχίατρος, Συντονίστρια Διευθύντρια Ψυχιατρικού Τμήματος Παιδιών & Εφήβων, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου»
- Μποζίκας Β. Π.** Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Α' Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.
- Μποστταντζοπούλου Σ.** Καθηγήτρια Νευρολογίας, Διευθύντρια Γ' Νευρολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.
- Μυρωνίδου Μ.** Καθηγήτρια Φαρμακολογίας Α.Π.Θ.
- Ναζλίδου Έ.-Ι.** Msc, Ψυχολόγος
- Νηματούδης Ι.** Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Γ' Ψυχιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ., Πρόεδρος του Συνεδρίου



## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ-ΟΜΙΛΗΤΕΣ

- Νικολαΐδης Ν.** Καθηγητής Νεογνολογίας Α.Π.Θ., Β΄ Νεογνολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
- Νικολάου Κ.** Ψυχίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Επιστ. Υπεύθυνη Τμ. Αποκατάστασης Εξαρτημένων «ΙΑΝΟΣ», Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- Ντούρος Ε.** Ψυχίατρος, Επιστ. Συνεργάτης Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
- Οικονόμου Μ.** Αναπλ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α.
- Πάλλα Κ.** Προϊσταμένη Γ΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ
- Παναγιωτίδης Π.** MD, PhD, Ψυχίατρος, Επιμελητής Ψυχιατρικής Κλινικής 424 Γ.Σ.Ν.Ε. Θεσσαλονίκης
- Παπαδημητρίου Γ. Ν.** Ομότ. Καθηγητής Ψυχιατρικής Ε.Κ.Π.Α., Πρόεδρος του Κολλεγίου Εκπαίδευσης, Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας Ψυχιατρικών Διαταραχών
- Παπαγεωργίου Χ.** Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α., «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο
- Παπαρρηγόπουλος Θ.** Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α.
- Παπαχρήστος Ι. Χ.** Θωρακοχειρουργός, Διευθυντής Θωρακοχειρουργικής Κλινικής 424 Γ.Σ.Ν.Ε. Θεσσαλονίκης
- Παρλαπάνη Ε.** Επίκ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.
- Πόταγας Κ.** Αναπλ. Καθηγητής Νευρολογίας Ε.Κ.Π.Α.
- Ραΐκος Ν.** Αναπλ. Καθηγητής Ανατομικής και Παθολογικής Ανατομικής, Εργαστήριο Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.
- Ράμναλης Αν.** Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής, Επιμελητής 424 Γ.Σ.Ν.Ε. Θεσσαλονίκης
- Ρίζος Ε.** Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής Ε.Κ.Π.Α.
- Σακκάς Π.** Καθηγητής Ψυχιατρικής Ε.Κ.Π.Α.
- Σαμακουρή Μ.** Αναπλ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Διευθύντρια Ψυχιατρικής & Παιδοψυχιατρικής Κλινικής Δ.Π.Θ.
- Σέρεσλης Κ.** Ειδικεύομενος Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
- Σιδηράς Χ.** Εκπαιδευτικός Μουσικής, Υποψήφιος Διδάκτωρ Ακουσολογίας Α.Π.Θ., Εργαστήριο Ψυχοακουστικής Γ΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.

## ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ-ΟΜΙΛΗΤΕΣ

- Σίμος Γ.** Ψυχίατρος, Αναπλ. Καθηγητής Ψυχοπαθολογίας, Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
- Σμυρνής Ν.** Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής Ε.Κ.Π.Α.
- Σουμπάρα Μ.** Ψυχολόγος
- Σπυριδοπούλου Θ.** ΣΔΨ Νοσηλεύτρια, Μονάδα Ψυχοσωματικής Ιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
- Στεφανής Ν.** Καθηγητής Ψυχιατρικής Ε.Κ.Π.Α.
- Συγγελάκης Μ.** Ψυχίατρος, Διευθυντής, Μονάδα Ψυχοσωματικής Ιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
- Τζίκος Α.** Ψυχίατρος, Msc Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ, Π.Γ.Ν. Έβρου, Αλεξανδρούπολη
- Τούπου Χ.** Ψυχολόγος
- Τσακλακίδου Δ.** MD, MSc, Ψυχίατρος – Ψυχοθεραπεύτρια, Διευθύντρια ΕΣΥ, Υπεύθυνη Μονάδας Εξαρτήσεων, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. "ΑΤΤΙΚΟΝ"
- Τσάλτα Ελ.** Αναπλ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Υπεύθυνη Εργαστηρίου Πειραματικής Ψυχολογίας Αιγινήτειου Νοσοκομείου
- Τσεκερίδου Π.** Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια Γ΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ
- Τσίγκος Γ.** Ψυχίατρος, Επιστ. Συνεργάτης Μονάδας Ψυχοσωματικής Ιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
- Τσιλιγγίρη Χ.** Ψυχολόγος
- Φάκα Α.** Ψυχολόγος
- Φουντουλάκης Κ. Ν.** Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.
- Φωκάς Κ.** Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.
- Φωτιάδης Π.** Ψυχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικού Τμήματος Εξωνοσοκομειακής Περίθαλψης, 424 Γ.Σ.Ν.Ε. Θεσσαλονίκης
- Χατζηβαλσαμά Π.** MSc. Ψυχολόγος Υγείας, Β΄ Νεογνολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
- Χατζηιωαννίδης Η.** Dr. Νεογνολόγος- Παιδίατρος, MBA, Β΄ Νεογνολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
- Ωρολογάς Α.** Καθηγητής Νευρολογίας, Διευθυντής Α΄ Νευρολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.

An impressionistic painting of a seascape. The sky is filled with soft, blended colors of purple, blue, and grey, suggesting a cloudy or overcast day. The sea below is depicted with similar soft, textured brushstrokes in shades of blue, green, and white, capturing the movement of waves. In the foreground, there are dark, rocky outcrops. A bright yellow horizontal band is superimposed over the middle of the image, containing the title text in a dark, serif font.

Περιλήψεις  
Εισηγήσεων

BAMIOU D.-E.

## APD MANAGEMENT IN CHILDREN AND ADULTS

APD is a recognised diagnosis in ICD-10 (under H93.25), however there are still diagnostic controversies. There is a number of diagnostic criteria with a wide range diagnostic yield while cognitive aspects of listening need to be taken into account when considering this presentation. In terms of management, there are indications that auditory training (AT) may benefit children and adults with APD or AP deficits, although there is no conclusive proof that AT is better than other types of intervention. In addition, there is an increasing body of evidence that personal frequency modulation systems or remote microphone hearing aids (RMHA) as alternatively known may facilitate their listening. Prolonged (>6 weeks) use of RMHAs in the classroom are associated with psychosocial, behavioural and academic benefits and improved performance in a range of language/auditory memory tests in RMHA children users. There are also early indication that improvements may be underpinned by plastic changes of the auditory brain. This presentation will discuss selected aspects of the management process (AT and RMHA) in light of recent studies.

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Η.

## ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΣΥΝΔΕΣΜΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Η. Αγγελόπουλος<sup>1</sup>, Η. Κουτσούκος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Α' ψυχιατρική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο ΕΚΠΑ,

<sup>2</sup> Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ)

Μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νευροεπιστήμες, είναι η δυνατότητα παροχής ενός εξορθολογιστικού πλαισίου που να αντιπροσωπεύει τόσο την υποκειμενικότητα όσο και τη νευροβιολογία του νου.

Μια μορφοποιημένη προσέγγιση του προβλήματος νους/εγκέφαλος αναδύθηκε σταδιακά, από τις νευροεπιστήμες χάρη στον πλούτο των γνώσεων, για τη δομική και λειτουργική οργάνωση του εγκέφαλου και την αποδοχή του θεωρητικού πλαισίου της Δαρβινικής εξελικτικής θεωρίας, ως ουσιαστικής μεταβλητής κάθε βιολογικού φαινομένου. Η προσέγγιση περιγράφεται ως «νευροφαινομενολογία». Η νευροφαινομενολογία περιγράφει τη σχέση νου/εγκεφάλου στηριζόμενη στη στενή αλληλεπίδραση μεταξύ (1) των «φαινομενικών» χαρακτηριστικών της ψυχικής λειτουργίας (υποκειμενική εμπειρία -από την σε πρώτο πρόσωπο προοπτική-), (2) μετρήσεων της εγκεφαλικής λειτουργίας (σε τρίτο πρόσωπο προοπτική) και (3) στην ανάπτυξη επίσημων ρητών θεωριών που διέπουν τις σχέσεις υποκειμενικών εμπειριών και υποκείμενων νευρωνικών μηχανισμών. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η νόηση αντιστοιχεί στον λειτουργικό συντονισμό διάχυτα κατανεμημένων νευρωνικών ομάδων που συνδέονται μεταξύ τους με συγχρονισμό ταλαντώσεων σε διάφορες περιοχές συχνότητας. Με άλλα λόγια, οποιαδήποτε νοητική αναπαράσταση προϋποθέτει τη συστράτευση ομάδων νευρώνων (neuronal assembly) μέσα σε ένα διάχυτα κατανεμημένο νευρωνικό δίκτυο. Ο συγχρονισμός της δραστηριότητας ταλαντωμένων νευρωνικών δικτύων πρόσφατα εκτιμάτε ως το κριτικό ενδιάμεσο στάδιο "middle ground" που συνδέει την νευρωνική δραστηριότητα με την συμπεριφορά.

Στην παρούσα ομιλία θα παρουσιαστούν πειραματικά δεδομένα που συνδέουν την υποκειμενική εμπειρία ψυχικών συμπτωμάτων ασθενών με σχιζοφρένεια (π.χ. ακουστικών ψευδαισθήσεων και ανακοπών της σκέψης) με τη λειτουργική συνδεσιμότητα νευρωνικών ταλαντώσεων του εγκεφάλου.

ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Μ.

## ΔΙΑΣΧΙΣΤΙΚΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ-ΔΙΑΣΧΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.

### ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΧΙΣΗΣ

Η μελέτη της διάσχισης στην επιστημονική βιβλιογραφία έχει μακρά ιστορία. Η διάσχιση είναι μοναδική στην ψυχιατρική νοσολογία καθώς υπονοεί τόσο τη διαταραχή, όσο και τον ιδιαίτερο μηχανισμό

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

που αφορά σε αυτήν. Ως αποτέλεσμα των ανωτέρω, επικρατεί μια σύγχυση σε σχέση με τη φύση του φαινομένου καθώς και σχετικά με το ποιες είναι οι επικρατούσες επιστημονικά αποδεκτές απόψεις γύρω από αυτό. Διακρίνονται δύο διακριτές περιόδους μελέτης των διασχιστικών φαινομένων. Έως τα τέλη του 20ου αιώνα, η διάσχιση μελετήθηκε σε ένα περιορισμένο ψυχοπαθολογικό πεδίο ενώ κατά τον 21ο αιώνα σε ένα ευρύτερο, πιο γενικευμένο πεδίο. Στο πρώτο πεδίο η διάσχιση αποδιδόταν σε διάσπαση της προσωπικότητας-συνείδησης και συνδέθηκε αιτιολογικά με την ύπνωση και το τραύμα. Ακολούθως, στο ευρύτερο πεδίο καθιερώθηκε η πιο σταθμισμένη επιστημονική διεύρυνση των διασχιστικών φαινομένων μέσω ψυχομετρικών εργαλείων και νευροφυσιολογικών μελετών. Η διάσχιση απέκτησε την έννοια του συνεχούς, σηματοδοτώντας την παρατήρηση των διασχιστικών φαινομένων και όχι των αιτιών που τα προκαλούν. Ακολούθως, μέσω των σύγχρονων ταξινομικών συστημάτων επιτεύχθηκε η κατηγοριοποίηση των διασχιστικών διαταραχών, θέτοντας τις βάσεις μιας κοινής ψυχιατρικής γλώσσας.

ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Γ.-Ε., ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ Α.-Η., ΖΑΡΕΝΤΗ Σ., ΙΣΑΑΚΙΔΟΥ Σ.-Α.,  
ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Μ. (μοντάζ)

### ΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ...

Ως γνωστόν, το άκουσμα και μόνο της λέξης «καρκίνος» δημιουργεί ρίγος και θορυβεί τους πάντες, πόσο μάλλον αν ο καρκίνος αφορά αυτούς ή κάποιο από τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Δίχως αμβιβολία ο καρκίνος είναι μια πολυπαραγοντική νόσος άμεσα σχετιζόμενη με έναν επικείμενο θάνατο και αποτελεί τη πιο πολυσυζητημένη θανατηφόρο ασθένεια της σύγχρονης εποχής. Ωστόσο, εκτός από τους ίδιους τους ασθενείς που αποτελούν το επίκεντρο της οδυνηρής αυτής κατάστασης, αξίζει να φωτιστεί και η συχνά αθέατη πλευρά των συγγενών του καρκινοπαθούς, των ατόμων που υφίστανται τις παράπλευρες απώλειες της νόσου. Έχοντας κατά νου πως ο καρκίνος συνδέεται με ταλαιπωρία, σωματική και ψυχολογική εξουθένωση και επακόλουθο θάνατο, αντίληψη που βέβαια δεν ευσταθεί πάντοτε, το οικογενειακό περιβάλλον του καρκινοπαθούς αναπτύσσει, όπως και οι ίδιοι οι ασθενείς, μηχανισμούς για την ψυχική του ομοιοστάση που περιλαμβάνουν την άρνηση της νόσου, την απώθηση, την εξέγερση, τον θυμό, τη διαπραγμάτευση και την κατάθλιψη πριν να φτάσουν στην ήρεμη αποδοχή της πραγματικότητας και της προοπτικής. Συνεπώς, το πώς βιώνει τον καρκίνο και πως τον αντιμετωπίζει τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένειά του είναι διαδικασία πολύ ιδιαίτερη, ξεχωριστή αλλά και δύσκολη. Σκοπός της παρούσας βιντεοκατασκευής είναι να πραγματευθεί την ασθένεια του καρκίνου υπό το πρίσμα των ψυχολογικών αντιδράσεων της οικογένειας του καρκινοπαθούς με έναν άμεσο τρόπο, παραθέτοντας προσωπικές συνεντεύξεις των συγγενών κατά τη διάρκεια των σταδίων της νόσου, προκειμένου το κοινό να κατανοήσει βαθύτερα τις ψυχολογικές μεταπτώσεις των ατόμων που συνοδεύουν τον ασθενή στη μάχη του για τη ζωή.

ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Α.

### ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΟΙ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΟΙ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

**Εισαγωγή:** Μια από τις δραστηριότητες του Ψυχιατροδικαστικού Τμήματος της Β' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής κλινικής, είναι η κλινική αξιολόγηση πληθυσμών κρατουμένων, τόσο στον άξονα I, όσο και στον άξονα II.

**Μέθοδος:** Η παρούσα έρευνα αφορά, αξιολόγηση του παραβατικού ιστορικού και του ιδιοσυγκρασιακού προφίλ, πληθυσμών κρατουμένων, σε ελληνικές φυλακές.

**Αποτελέσματα:** Οι τέσσερις στους δέκα κρατούμενους περίπου, είχαν διαπράξει την πρώτη φορά που φυλακίστηκαν, έγκλημα κατά της ιδιοκτησίας και οι τρείς στους δέκα, αδίκημα που εμπίπτει στο νόμο περί ναρκωτικών. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες φυλακίστηκαν για πρώτη φορά σε ηλικία 22 με 30 έτη. Σε επίπεδο ιδιοσυγκρασιακού προφίλ, δεν διαγνώστηκε κάποια διαταραχή, μόνο στο 10% των κρατουμένων.

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

**Συμπεράσματα:** Είναι απαραίτητη περαιτέρω έρευνα, στον ειδικό πληθυσμό των κρατουμένων, προς διερεύνηση των παραγόντων εκείνων που σχετίζονται, με την έναρξη της εγκληματικής δράσης, αφενώς και την υποτροπή αυτής, αφετέρου.

ΓΕΡΑΣΙΜΟΥ Χ.

### Ο ΕΙΔΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΛΟΖΑΠΙΝΗΣ ΣΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η κλοζαπίνη είναι ένας δεύτερης γενιάς αντιψυχωτικός φαρμακευτικός παράγοντας, που χρησιμοποιείται κυρίως στη θεραπεία της ανθεκτικής σχιζοφρένειας. Παρά την αποτελεσματικότητά της συνδέεται με σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Σύγχρονες μελέτες περιγράφουν πιθανούς ανοσολογικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην ανάπτυξη αυτών των ανεπιθύμητων ενεργειών μέσω της ανοσοτροποποιητικής δράσης της κλοζαπίνης.

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται πως, κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα έναρξης της θεραπείας με κλοζαπίνη, έως το 50% των ασθενών εμφανίζουν πυρετό και γριππώδη συμπτωματολογία, η οποία συνοδεύεται από αύξηση των επιπέδων των προ-φλεγμονωδών κυτοκινών. Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς που εμφάνισαν πυρετό κατά την διάρκεια της 1ης και 2ης εβδομάδας θεραπείας είχαν υψηλότερα επίπεδα TNF-α και sIL-2R, καθώς και αυξημένα επίπεδα πλάσματος IL-6 με συνοδή λευκοκυττάρωση. Επιπρόσθετα, η μυοκαρδίτιδα αναφέρεται ως ανεπιθύμητη ενέργεια της θεραπείας με κλοζαπίνη. Με δεδομένο ότι οι μυοκαρδιοπάθειες σχετίζονται με αύξηση των προ-φλεγμονωδών κυτοκινών (TNF-α, IL2, IL6), εγείρεται το ερώτημα αιτιώδους σχέσης μεταξύ κλοζαπίνης και καρδιοτοξικότητας.

Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό άνδρα ασθενούς, 31 ετών, με ανθεκτική σχιζοφρένεια ο οποίος την 13η ημέρα έναρξης θεραπείας υπό κλοζαπίνη, παρουσίασε υψηλό πυρετό (39.6οC), λευκοκυττάρωση, αύξηση επιπέδων S-CRP και S-Troponin, χωρίς να εμφανίσει άλλα σημεία μυοκαρδίτιδας, συμπτώματα τα οποία υφέθηκαν προοδευτικά μετά τη διακοπή του φαρμάκου, σημεία ανοσολογικής αντίδρασης στην κλοζαπίνη. Αυτό το κλινικό περιστατικό πιθανώς συσχετίζει την εμφάνιση εμπυρέτου με αντίδραση υποκείμενης υποκλινικής καρδιοτοξικότητας, μέσω της φαρμακο-επαγόμενης ανοσολογικής αντίδρασης.

Οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να είναι ενήμεροι για αυτή τη πιθανή ανεπιθύμητη ενέργεια, προσδιορίζοντας συχνά τα επίπεδα τροπονίνης. Στόχος είναι η μείωση του κινδύνου της επαγόμενης καρδιοτοξικότητας από την κλοζαπίνη.

ΓΟΥΓΟΥΛΙΑΣ Κ.

### ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΩ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ – ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Οι βιολογικοί δείκτες (biomarkers) χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση, διάγνωση, πρόγνωση και την εκτίμηση αποτελεσματικότητας της παρέμβασης στις διαταραχές χρήσης της αιθυλικής αλκοόλης. Στην παρούσα φάση δεν υπάρχει ένας αξιόπιστος βιολογικός δείκτης που να μπορεί να ανιχνεύσει τη διαταραχή, καθώς οι περισσότεροι μπορούν να δώσουν ενδείξεις για τον χρόνο που μεσολάβησε από την χρήση καθώς και για την βαρύτητά της.

Η γ-γλουταμινοτρανσφεράση (γ-GT) είναι ένας από τους πιο συχνά χρησιμοποιούμενους δείκτες για την εκτίμηση της χρόνιας κατάχρησης αλκοόλ, εξαιτίας της υψηλής ειδικότητας και ευαισθησίας της, όταν υπάρχει υψηλή ημερήσια κατανάλωση. Ο μέσος όγκος των ερυθρών αιμοσφαιρίων (MCV) παραμένει αυξημένος 4 έως 8 εβδομάδες μετά από διακοπή κατάχρησης αλκοόλ. Ωστόσο λόγω σχετικά χαμηλής ειδικότητας και λόγω του μεγάλου μέσου χρόνου ζωής των ερυθρών αιμοσφαιρίων, η χρήση του ως δείκτη πρόσφατης κατανάλωσης δεν είναι κατάλληλη. Η ποσοστιαία αναλογία της carbohydrate deficient transferrin, CDT% (τρανσφερρίνη η οποία υπολείπεται ως προς τον αριθμό

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

αλυσίδων σιαλικού οξέος τις οποίες φέρει) αποτελεί αξιόπιστο δείκτη αποχής από το αλκοόλ ο οποίος παραμένει αυξημένος για περισσότερο από δύο εβδομάδες μετά από τη διακοπή. Η ασαφής τρανσαμινάση (AST ή SGOT) και η τρανσαμινάση της αλανίνης (ALT ή SGPT), έχουν πιο χαμηλή ειδικότητα και ευαισθησία από την  $\gamma$ -GT, ωστόσο αυξάνονται όταν γίνεται υπέρμετρη περιστασιακή υπέρχρηση αλκοόλ (binge drinking). Η απευθείας μέτρηση της αιθανόλης στο αίμα ή στην αναπνοή έχει χαμηλή κλινική σημασία λόγω της μικρής της ημιπεριόδου ζωής.

Η χρήση βιολογικών δεικτών και εξειδικευμένων ερωτηματολογίων, σε συνδυασμό με την επαγρύπνηση του κλινικού ιατρού γενικού νοσοκομείου, μπορούν να βοηθήσουν στην πρόωμη ανίχνευση ασθενών με διαταραχή χρήσης αλκοόλ.

ΓΟΥΛΑΣ Α.

### ΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Σύμφωνα με παλαιότερες αλλά και νεότερες εκτιμήσεις η συμμετοχή γενετικών παραγόντων στην ανάπτυξη εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες κυμαίνεται από 40 έως 80%. Η αναζήτηση αυτών των γενετικών παραγόντων αποτελεί δραστήριο πεδίο έρευνας εδώ και χρόνια με το σκεπτικό ότι η διαστρωμάτωση εξαρτημένων ατόμων με βάση ένα γενετικό προφίλ θα μπορούσε να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας τους. Μετά την αναγνώριση της επίδρασης των γονιδίων των μεταβολικών ενζύμων της αιθυλικής αλκοόλης (οικογένειες ADH και ALDH) στην ανάπτυξη εξάρτησης από το αλκοόλ, η προσοχή των ερευνητών στράφηκε σε άλλα υποψήφια γονίδια όπως αυτά του υποδοχέα των οπιοειδών (OPRM1), της μεταφορικής πρωτεΐνης και του 3B υποδοχέα της σεροτονίνης (SLC6A4, HTR3B), και υπομονάδων των υποδοχέων GABAA και των νικοτινικών υποδοχέων της ακετυλοχολίνης (CHRNA5). Παράλληλα στοχοποιήθηκαν γονίδια που σχετίζονται με την ντοπαμινεργική διαβίβαση στα κέντρα «ανταμοιβής» του εγκεφάλου, όπως αυτό του D2 υποδοχέα της ντοπαμίνης (DRD2) και το γειτονικό σε αυτό γονίδιο το «περιέχον επανάληψη αγκυρίνης και περιοχή κίνησης-1» (ANKK1). Τα γονίδια αυτά φαίνεται πως επηρεάζουν τη δράση περισσότερων της μιας εξαρτησιογόνων ουσιών, ενώ πολυμορφισμοί τους έχουν συσχετιστεί με άλλοτε άλλη στατιστική σημαντικότητα με την αποτελεσματικότητα διάφορων φαρμακευτικών κυρίως παρεμβάσεων στα πλαίσια της θεραπείας της εξάρτησης. Νεότερες, μη προκατειλημμένες, μελέτες συσχέτισης με τεχνικές σάρωσης του γονιδιώματος (GWAS) έχουν οδηγήσει στην αναγνώριση της σημασίας γονιδίων που επηρεάζουν τις συνδέσεις μεταξύ νευρώνων, όπως της καδερίνης 13 (CDH13), του υποδοχέα τύπου πρωτεϊνικής φωσφατάσης της τυροσίνης D (PTPRD) και του μορίου πρόσδεσης NrCAM (NrCAM). Η διαταραχή της λειτουργίας αυτών των γονιδίων φαίνεται πως επηρεάζει το κατιόν σέλος της καμπύλης «δόσης-απάντησης» των εξαρτησιογόνων ουσιών, το οποίο σχετίζεται με δράσεις «αποτροπής» μάλλον παρά «ανταμοιβής», σηματοδοτώντας έτσι μια αλλαγή του κυρίαρχου υποδείγματος. Η αναζήτηση συνεχίζεται...

ΓΡΗΓΟΡΙΑΔΟΥ Α.

### ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΙΔΙΟΥ & ΕΦΗΒΟΥ. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΤΗΣ UEMS

Η UEMS (Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικών Ιατρών) είναι ο μεγαλύτερος Ευρωπαϊκός Ιατρικός Οργανισμός, όπου συμμετέχουν οι Πανεθνικοί Ιατρικοί Σύλλογοι 35 Ευρωπαϊκών χωρών με εθνικούς εκπροσώπους σε 39 ιατρικές ειδικότητες. Η συνεργασία της Παιδοψυχιατρικής Εταιρείας Ελλάδος με τις αντίστοιχες εθνικές εταιρείες των συναδέλφων μας όλων των χωρών, που συμμετέχουν στον κλάδο Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων της UEMS, έχει σαν κύριο στόχο την ανάπτυξη της ειδικότητάς μας σε επίπεδο εκπαίδευσης ειδικευόμενων και ειδικών, τη θέσπιση κριτηρίων για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών, αλλά και την αξιοποίηση της εμπειρίας άλλων ευ-

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

ρωπαϊκών χωρών στη χάραξη εθνικής πολιτικής με σκοπό τη βελτίωση της φροντίδας της ψυχικής υγείας των παιδιών, των εφήβων και των οικογενειών στη χώρα μας. Στις ετήσιες συναντήσεις του κλάδου μας, οι εθνικοί εκπρόσωποι των παιδοψυχιατρικών εταιρειών μοιράζονται τις εμπειρίες κάθε χώρας και συγκροτούνται ομάδες εργασίας για την προώθηση των στόχων σε πανευρωπαϊκό επίπεδο. Η εκπαίδευση στην ειδικότητα της ψυχιατρικής παιδιού και εφήβου αποτέλεσε κύριο αντικείμενο του ενδιαφέροντος όλων των χωρών και η συλλογική προσπάθεια των τελευταίων ετών απέδωσε καρπούς. Στην παρούσα φάση, στόχος μας είναι η ενσωμάτωση αυτών των κατευθυντηρίων οδηγιών και η εναρμόνιση της Ελλάδας με τα πρότυπα που θεσπίζονται αναφορικά με το περιεχόμενο της εκπαίδευσης και τα κριτήρια για τους εκπαιδευτές και τις εκπαιδευτικές μονάδες.

### ΔΑΡΔΑΓΑΝΗ Α.

#### ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΩΤΟ ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ

Τα νευροψυχολογικά ελλείμματα στους ασθενείς που παρουσιάζουν για πρώτη φορά ψυχωτικά συμπτώματα έχουν καταγραφεί πολύ συχνά από πολλές μελέτες. Παρόλα αυτά, υπάρχει μεγάλη ποικιλία στα δεδομένα, σχετικά με την επίδοση αυτής της ομάδας ασθενών στα επιμέρους γνωστικά πεδία, καθώς και το βαθμό αυτού του ελλείμματος. Χρησιμοποιήσαμε την αυτοματοποιημένη νευροψυχολογική συστοιχία δοκιμασιών CANTAB (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery), για να χορηγήσουμε μία περιεκτική συστοιχία νευροψυχολογικών δοκιμασιών. Επιλέχθηκε μία σειρά από δοκιμασίες που μετρούν προσοχή, μνήμη, σχεδιασμό, αναστολή, ικανότητα εναλλαγής μεταξύ κατηγοριών, νοητική ευελιξία, εργαζόμενη μνήμη και οπτικοχωρική ικανότητα. Το δείγμα αποτελούνταν από 64 ασθενείς (37 άνδρες), με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και 14 υγιή άτομα (9 άνδρες). Η επίδοση των ασθενών ήταν πιο χαμηλή σε όλα τα γνωστικά πεδία, σε σχέση με την επίδοση της ομάδας ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν ελλείμματα στη διατηρούμενη προσοχή (-.6 SD), τη μνήμη (-.7 SD), το σχεδιασμό (-.6 SD), την εργαζόμενη μνήμη (-.7 SD), την ικανότητα εναλλαγής μεταξύ κατηγοριών (-.6 SD), και την οπτικοχωρική ικανότητα (-.6 SD). Επίσης, οι ασθενείς παρουσίασαν σοβαρά ελλείμματα στην ταχύτητα επεξεργασίας (.7 SD) και στην επιλεκτική προσοχή (-.6 SD). Τα δεδομένα της έρευνάς μας επιβεβαιώνουν ότι οι ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο εμφανίζουν ελλείμματα σε όλα τα γνωστικά πεδία. Είναι απαραίτητη μία πιο πλήρης και λεπτομερής εκτίμηση των επιμέρους γνωστικών ικανοτήτων, έτσι ώστε να διερευνηθούν οι παράγοντες που πιθανά να συντελούν στα ελλείμματα και να καθοριστεί η ακριβής φύση τους στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο.

### ΕΥΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Ε. Π.

#### Η ΝΑΝΟΪΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Τα τελευταία χρόνια η ανάπτυξη της νανοτεχνολογίας έχει προσφέρει νέες δυνατότητες στη διαχείριση των νευρολογικών παθήσεων περιλαμβανομένων των εγκεφαλικών ανευρυσμάτων, των φλεγμονών, της σκλήρυνσης κατά πλάκας, του Alzheimer και των εγκεφαλικών όγκων. Τα νανοσωματίδια αποτελούν ένα καινοτόμο εργαλείο στην διάγνωση και θεραπεία νευρολογικών παθήσεων καθώς προσφέρουν μια σειρά από πλεονεκτήματα, όπως είναι: το μικρό μέγεθος (1-200nm), η υψηλή σταθερότητα, η βιοσυμβατότητα, η επιλεκτική συνδεσιμότητα με βιολογικά μόρια καθώς και η ικανότητά τους να λειτουργούν ως μεταφορείς φαρμάκων.

Στο πεδίο της απεικόνισης νευρολογικών παθήσεων, η χρήση των νανοσωματιδίων ως σκιαγραφικά μέσα στην Υπολογιστική Τομογραφία και Τομογραφία με Μαγνητικό Συντονισμό έχει επιτρέψει τη λεπτομερή απεικόνιση σε μοριακό και κυτταρικό επίπεδο οδηγώντας έτσι σε σημαντική βελτίωση της διαγνωστικής ακρίβειας της τεχνικής. Τα νανοσωματίδια εμφανίζουν ιδανικές ιδιότητες ως σκιαγραφικά μέσα καθώς παρουσιάζουν αυξημένο χρόνο παραμονής στην κυκλοφορία του αίματος ενώ μπορούν να χρησιμοποιηθούν ακόμα και σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.



## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

Στη θεραπεία των νευρολογικών παθήσεων, το κύριο πρόβλημα που παρουσιάζεται είναι ο σημαντικός περιορισμός της μεταφοράς φαρμάκων από το αίμα στον εγκέφαλο λόγω της παρουσίας του αιματοεγκεφαλικού φραγμού (ΑΕΦ). Τα νανοσωματίδια, κυρίως τα πολυμερικά, εμφανίζουν σημαντικές προοπτικές ως φορείς φαρμάκων στον εγκέφαλο καθώς μπορούν να διασχίσουν τον ΑΕΦ όταν ενεργοποιηθούν με κατάλληλα μόρια-συνδέτες.

Ωστόσο, οι εφαρμογές των νανοσωματιδίων στη νευρολογία, έστω και σε πρώιμο ερευνητικό επίπεδο, φαίνεται πως επεκτείνονται στη συνδυασμένη απεικόνιση (multi-modality imaging) καθώς και στη θεραπευτική (theranostics) προσέγγιση παθήσεων όπως είναι οι όγκοι και η πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας.

Σκοπός της παρουσίασης είναι να περιγράψει τις βασικές ιδιότητες των νανοσωματιδίων και να παρουσιάσει τις κυριότερες εφαρμογές και το ρόλο της νανοϊατρικής στη διάγνωση και τη θεραπεία νευρολογικών παθήσεων.

ΗΛΙΑΔΟΥ Β.-Μ.

### ΜΝΗΜΗ & ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ

Η δοκιμασία μνήμης αριθμών είναι μια από τις πιο συχνές για την μέτρηση της βραχύχρονης μνήμης. Η δοκιμασία είναι σταθμισμένη και χρησιμοποιείται μεμονωμένα ή στα πλαίσια ελέγχου του νοητικού επιπέδου. Ως παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν το αποτέλεσμα της μνήμης αριθμών θεωρούνται συνήθως το επίπεδο εκπαίδευσης, η ηλικία, τα φάρμακα ή η διάρκεια της ψυχικής νόσου. Ένας παράγοντας, ο οποίος συνήθως δεν ελέγχεται στην κλινική πράξη είναι η ακουστική αντίληψη, παρά το γεγονός πως η διενέργεια της δοκιμασίας αφορά την πρόσληψη ακουστικών πληροφοριών. Θα παρουσιαστεί μελέτη κατά την οποία μέσα από ψηφιοποίηση της δοκιμασίας ελέγχθηκαν μεταβλητοί παράγοντες, που μπορεί να επηρεάζουν το αποτέλεσμα, όπως η ένταση των ηχητικών ερεθισμάτων, η άρθρωση του εκφωνητή, η έμφαση του, ο ρυθμός του και το περιβάλλον. Η πρωτοτυπία της μελέτης έγκειται στη χορήγηση της δοκιμασίας σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές με βάση το ακουόγραμμα του κάθε ασθενούς (μία μέτρηση) και χωρίς να λαμβάνεται υπόψιν το ακουόγραμμα (δεύτερη μέτρηση). Τα αποτελέσματα της μελέτης οδηγούν στο συμπέρασμα πως η μνήμη εμφανίζεται μειωμένη λόγω ελλείμματος στην ακοή. Η αντίστροφη επανάληψη των αριθμών φαίνεται να επηρεάζεται περισσότερο ανεξάρτητα από τη διαταραχή του εξεταζόμενου. Πρόκειται για πιλοτική μελέτη (20 ασθενείς) η οποία προσφέρει ενδείξεις για την ανάγκη προσαρμογής της δοκιμασίας με βάση την πραγματική ακοή του ατόμου.

ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ-ΜΠΕΝΟΥ Ι.

### ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η εγκυμοσύνη και τεκνοποίηση συνιστούν για κάθε γυναίκα πολυσήμαντα γεγονότα που βρίσκονται σε άμεση αναφορά με τον ψυχισμό της.

Πρόκειται για κρίσιμο σημείο καμπής χωρίς επιστροφή, εν αναμονή απόκτησης μιας νέας ταυτότητας και παράλληλα έναρξη ενός νέου αποχωρισμού. Η προοπτική της δυναμικής σχέσης μάνας-παιδιού βάζει τέλος στην ανεξάρτητη ατομική συνθήκη και αναπόφευκτα αναδύονται κατά την εγκυμοσύνη ποικίλα συναισθήματα σε άμεση συσχέτιση με ζητήματα ισορροπίας μεταξύ θηλυκής και μητρικής ταυτότητας.

Παρότι η εγκυμοσύνη ανοίγει δρόμους για διεργασίες ωριμότητας της γυναίκας μέσω ταυτίσεων, συγχρόνως ξεκινούν και διαδικασίες πένθους. Προβληματικές ταυτίσεις, τραύματα, αμφιθυμικά συναισθήματα για το νέο ρόλο και ζητήματα προσωπικότητας οδηγούν συχνά σε παθολογικά δυναμικά και δημιουργούν νοσηρές καταστάσεις κατά την εγκυμοσύνη.

# ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

Παρουσιάζεται το ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο ψυχαναλυτικού προσανατολισμού που προτείνεται και συζητούνται ζητήματα πλαισίου και τεχνικής κατά την ατομική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία που δίνει χώρο και χρόνο για διεργασίες πένθους, αποχωρισμού και δημιουργικότητας στο νέο ρόλο.

ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ-ΜΠΕΝΟΥ Ι.

## ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ: Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ, Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΚΑΙ Ο ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

Ο καρκίνος, άμεσα συνδεδεμένος με πόνο, αίσθημα αβοήθητου και θάνατο, προκαλεί ποικίλες συναισθηματικές απαντήσεις τόσο στον ασθενή και στους συγγενείς του, όσο και στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό κατά τη νοσηλεία και παρακολούθηση.

Η Συμβουλευτική-Διασυνδεδετική Υπηρεσία αφορά το χώρο κοινής προσπάθειας ιατρών σωματικής ειδικότητας, νοσηλευτικού προσωπικού και ψυχιάτρων, για ανακούφιση και αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο. Παράλληλα αποτελεί πεδίο παρατήρησης και παρέμβασης στα διαπροσωπικά δυναμικά που αναπτύσσονται, συνειδητά και ασυνείδητα, στη σχέση γιατρών σωματικής ειδικότητας-ασθενών και στη σχέση γιατρών-ψυχιάτρων.

Δημιουργείται στη συνάντηση καρκινοπαθούς-γιατρού σωματικής ειδικότητας-ψυχιάτρου μια τριαδική σχέση με ποικίλα ψυχικά δυναμικά που επηρεάζει καθοριστικά τη φροντίδα ιατρική-νοσηλευτική και ψυχιατρική του ασθενούς.

Συζητούνται συναισθήματα και συγκρούσεις σε συνειδητό και ασυνείδητο επίπεδο που αναδύονται κατά την τριαδική συνάντηση, καθώς επίσης ζητήματα μεταβίβασης-αντιμεταβίβασης και διαντιδράσεων των συμμετεχόντων που προκύπτουν κάτω από τη συνεχή απειλή του θανάτου σε καταληκτικές περιπτώσεις.

ΚΑΛΕΜΗ Γ.

## ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ Π.Γ.Ν ΑΤΤΙΚΟΝ: ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

**Εισαγωγή:** Το Εξωτερικό Ειδικό Ιατρείο Ψυχιατροδικαστικής ξεκίνησε την λειτουργία του στην Β Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ» το 2011. Απευθύνεται σε πρώην κρατούμενους, σε εμπλεκόμενους με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης και σε ασθενείς που εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά. Στόχος του ιατρείου είναι να αξιολογήσει ασθενείς με παραβατική συμπεριφορά, να προλάβει την υποτροπή της νόσου και την επανάληψη της παραβατικής συμπεριφοράς.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιάσει το δημογραφικό και ψυχοπαθολογικό προφίλ των ασθενών του εξωτερικού ειδικού ιατρείου ψυχιατροδικαστικής της Β ψυχιατρικής κλινικής ΕΚΠΑ του ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ».

**Υλικό και Μέθοδος:** Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας με τη χρήση των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων Google Scholar Medline, PubMed και Scopus, η κλινική παρατήρηση και η ανάλυση των δεδομένων μέσω του προγράμματος ECXEL.

**Αποτελέσματα:** Από τις μελέτες διαφαίνεται ότι μεγάλο ποσοστό των ατόμων που διαπράττουν έγκλημα είναι άντρες, νέοι σε ηλικία και εμφανίζουν διαταραχή του ψυχωσικού φάσματος, διαταραχή προσωπικότητας ή συνοσηρότητα μεταξύ των διαταραχών αυτών. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με την διεθνή βιβλιογραφία όσον αφορά το δημογραφικό και ψυχοπαθολογικό προφίλ των ασθενών του Εξωτερικού ειδικού ιατρείου ψυχιατροδικαστικής.

**Συμπεράσματα:** Μέσα από την ανάλυση των στοιχείων των ασθενών του εξωτερικού ειδικού ιατρείου ψυχιατροδικαστικής αναδεικνύονται ο πληθυσμός που συναντάται στο ιατρείο, οι ιδιαιτερότητες του καθώς και οι δυσκολίες που προκύπτουν από αυτές.

ΚΑΡΑΒΑΤΟΣ Θ.

## Ο ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΔΙΑΛΟΓΟΣ ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗΣ

*Στη μνήμη του Θανάση Τζαβάρα*

Η πιθανότητα για έναν γόνιμο διάλογο μεταξύ ψυχαναλυτών και νευροεπιστημόνων ήταν έως πρόσφατα «χλωμή» ο χαρακτηρισμός είναι του αείμνηστου φίλου Θανάση Τζαβάρα που χάσαμε εδώ κι ένα χρόνο. Πρόσφατα διατύπωσα την άποψη [1] πως σήμερα θα υποχωρούσαν οι επιφυλάξεις του. Γιατί, όσο κι αν ακόμα δεν έχουν εξαλειφθεί παντελώς οι προβληματισμοί, αρχίζουν να «χλωμιάζουν» τα εμπόδια, όσα είχε επισημάνει ο Τζαβάρας στο γύρισμα του αιώνα: την επικρατούσα τότε «αμοιβαία υπεροψία περί την κατοχή της υπέρτατης γνώσης», κυρίως δε την «ψυχική τύφλωση» που τότε επέβαλλε η «εξωεπιστημονική βεβαιότητα περί αληθείας, των μεν και των δε». Γιατί σήμερα διαπιστώνονται βήματα που προωθούν έναν διάλογο που σέβεται τα επιστημολογικά προβλήματα που προκύπτουν. Για παράδειγμα: (α) όταν το φροϋδικό ασυνείδητο γίνεται δεκτό ως διακριτό του «εγκεφαλικού ασυνείδητου» που πρέπει να λέγεται «μη-συνείδητό», (β) όταν η συζήτηση δεν αποβλέπει στη «σύνθεση» κάποιου αμαλγάματος, αλλά διερευνά την τομή δύο ετερογενών τάξεων. Καθοδηγητικές έννοιες εδώ, η παλιά απόφαση του François Jacob για τη «χαλάρωση» της κληρονομικότητας στον άνθρωπο, την οποία επιτρέπει ο τρόπος ωρίμανσης και οργάνωσης του εγκεφάλου που επιβεβαιώνουν οι έρευνες της πλαστικότητας του ΚΝΣ, αποκαλύπτοντας τις εξαιρετικές δυνατότητες μιας οποιαδήποτε εμπειρίας, «τόσο για το γίνεσθαι κάθε υποκειμένου όσο και για το γίνεσθαι κάθε εγκεφάλου».

*Βιβλιογραφία*

Βλ. την βιβλιοπαρουσίασή μου του βιβλίου των François Ansermet - Pierre Magistretti. Τα ίχνη της εμπειρίας - Νευρωνική πλαστικότητα & η συνάντησή της βιολογίας με την ψυχανάλυση. Σύναψις 2016, 42, 50-56.

ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ Μ.

## ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ: ΣΧΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΡΙΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Στην καθημερινή κλινική εργασία και συνεργασία παιδοψυχιάτρων και παιδιάτρων διαπιστώνουμε τις σύνθετες σχέσεις και κάποιες φορές ασαφή όρια μεταξύ των δύο ειδικοτήτων. Υπάρχουν συγκλίσεις και αντιθέσεις καθώς εστιάζουμε διαφορετικά στους διάφορους βιολογικούς, αναπτυξιακούς, ψυχολογικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες που είναι σημαντικοί στην κατανόηση και θεραπευτική προσέγγιση του παιδιού που νοσεί.

Η αλληλεπίδραση αυτή χαρακτηρίζει, ενδεικτικά, την εργασία στη διασυνδεδετική- συμβουλευτική στα νοσοκομεία (πχ. απόπειρες αυτοκτονίας, χρόνια ή καταληκτικά νοσήματα), στις ψυχοσωματικές καταστάσεις, τις διαφορετικές προσεγγίσεις των αναπτυξιακών διαταραχών (αναπτυξιακών καθυστερήσεων, φάσματος αυτισμού) ή των μαθησιακών δυσκολιών στα κέντρα ψυχικής υγείας, στα ιατροπαιδαγωγικά και στα παιδιατρικά εξωτερικά ιατρεία, τη συνεργασία με κοινωνικές υπηρεσίες σε περιπτώσεις κακοποίησης, ιδρυματικής φροντίδας κλπ.

Στην εκπαίδευση, προπτυχιακά, στην ειδικότητα αλλά και σε ανεξάρτητα προγράμματα (πχ. αναπτυξιακής παιδιατρικής, διασυνδεδετικής- συμβουλευτικής), παιδοψυχίατροι και παιδίατροι παρουσιάζουν θέματα της ειδικότητάς τους σε μια προσπάθεια ευαισθητοποίησης των νέων ιατρών και άλλων ειδικών στον χώρο της υγείας. Υπάρχουν και προγράμματα ειδίκευσης, κυρίως στο εξωτερικό, με την παιδοψυχιατρική σε συνάφεια πχ. με την παιδονευρολογία ή την αναπτυξιολογία, ως υποειδικότητες της παιδιατρικής, ενιαίας ειδίκευσης στην παιδιατρική- ψυχιατρική- παιδοψυχιατρική κλπ.

# ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

ΚΑΡΑΜΠΟΥΤΑΚΗΣ Γ.

## ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Ριζοσπαστικοποίηση είναι η διαδικασία μέσα από την οποία, ένα άτομο αλλάζει την ιδεολογία του και τον τρόπο σκέψης του γενικότερα, γίνεται δεκτικό στην αποδοχή και τελικά στη χρήση βίαιων μέσων για την επίτευξη πολιτικών, ή φερόμενων ως πολιτικών, στόχων. Η διαδικασία αφορά κατά κύριο λόγο νέους ανθρώπους, που αναζητούν την ταυτότητά τους νοιώθοντας παράλληλα απογοήτευση από την υφιστάμενη πολιτικο-κοινωνική και οικονομική κατάσταση. Τα στάδια της ριζοσπαστικοποίησης είναι το προ-ριζοσπαστικό, η ταύτιση, η κατήχηση και η ενεργός ριζοσπαστικοποίηση. Είναι γενικά παραδεκτό ότι η διαδικασία ριζοσπαστικοποίησης μπορεί να αναστραφεί ή να διακοπεί εάν σε κρίσιμες συγκυρίες της διαδικασίας παρασχεθούν στα άτομα εναλλακτικές δυνατότητες. Το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις 30 Νοεμβρίου 2005 στις Βρυξέλες, καθόρισε ένα πλαίσιο καταπολέμησης και αντιμετώπισης της τρομοκρατίας (EU's Counter-Terrorism Strategy), εγκρίνοντας το σχέδιο δράσης «The RAN Project» - Radicalization Awareness Network – Δίκτυο Ευαισθητοποίησης για την Ριζοσπαστικοποίηση. Η στρατηγική επίτευξης των στόχων περιλαμβάνει, ενίσχυση των Εθνικών Δυνατοτήτων σε ότι αφορά τις πρακτικές λήψης και διακίνησης της πληροφορίας, ενίσχυση της Ευρωπαϊκής Συνεργασίας, ενίσχυση των διεθνών συνεργασιών εκτός Ε.Ε., ενίσχυση της συνεργασίας φορέων (Europol, Eurojust, Frontex, MIC, SitCen) για καλύτερη συλλογή πληροφοριών. Το Δίκτυο Ευαισθητοποίησης για την Ριζοσπαστικοποίηση (RAN), έχει συσταθεί από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή ως ένα Πανευρωπαϊκό Δίκτυο («Ομπρέλα») επαγγελματιών και τοπικών φορέων που εμπλέκονται στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της ριζοσπαστικοποίησης. Για το Δίκτυο Ευαισθητοποίησης για την Ριζοσπαστικοποίηση ο Λειτουργός Υγείας και ιδιαίτερα ο Λειτουργός Ψυχικής Υγείας, παρά το γεγονός ότι είναι δεσμευμένος ηθικά και νομικά να τηρεί το επαγγελματικό απόρρητο προς όφελος των πιθανώς ευάλωτων πελατών του, έχει καθήκον σε θέματα τρομοκρατίας και με την υπευθυνότητα που τον διακρίνει να προστατεύει την κοινωνία.

ΚΑΤΣΑΝΟΥ Μ.

## ΦΩΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ

Υπάρχουν στοιχεία πως η σχιζοφρένεια μπορεί να επηρεάσει την ομιλία και σε προηγούμενες μελέτες, έχει παρατηρηθεί συσχέτιση μεταξύ χαρακτηριστικών της και της αρνητικής ψυχωτικής συμπτωματολογίας.

Στόχοι της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν η εξιχνίαση ακουστικών αποκλίσεων στην παραγωγή φωνηέντων της ομιλίας ασθενών με σχιζοφρένεια, η σύγκριση τους με δείγμα ομιλίας από ομιλητές τυπικής ψυχικής ανάπτυξης και η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της κλινικής συμπτωματολογίας και των ακουστικών μετρήσεων.

Σε αυτήν συμμετείχαν δεκαοχτώ ομιλητές με σχιζοφρένεια και δέκα ομιλητές τυπικής ψυχικής ανάπτυξης ως ομάδα ελέγχου. Το υπό εξέταση υλικό περιλάμβανε διύλλαβες λέξεις που ενσωματώθηκαν σε φράσεις, τις οποίες οι ομιλητές επανέλαβαν τρεις φορές. Οι ακουστικές μετρήσεις περιελάμβαναν τη διάρκεια και τις συχνότητες των δύο πρώτων διαμορφωτών (F1 and F2) των τονισμένων και μη τονισμένων φωνηέντων στην Φ θέση. Επιπροσθέτως μετρήθηκε η συνολική απόσταση μεταξύ των φωνηέντων των δύο ομάδων.

Παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων στην συνολική απόσταση μεταξύ φωνηέντων, στα F1 και F2 αλλά όχι στη διάρκεια. Καταγράφηκε επίσης συσχέτιση των μετρήσεων συχνοτήτων και της απόστασης των φωνηέντων με την αρνητική συμπτωματολογία, ευρήματα που συμφωνούν με δεδομένα προηγούμενων μελετών (Covington, et al. 2012, Bernardini, et al., 2016).

Βάσει των παραπάνω αποτελεσμάτων, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ενώ υπάρχει επαρκής χρόνος για τη γλώσσα ώστε να κάνει τις κατάλληλες προσαρμογές και να γίνει η σωστή άρθρωση των φωνηέντων, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια διαφοροποιούνται ως προς τον τρόπο άρθρωσης.

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

### Βιβλιογραφία

Bernardini, F., Lunden, A., Convington, M., Broussard, B., Halpern, B., Alolayan, Y., . . . Compton, M. T. (2016, March 25). Associations of acoustically measured tongue/jaw movements and portion of time speaking with negative symptom severity in patients with schizophrenia in Italy and the United States. *Psychiatry Research* 239, pp. 253-258.

Covington, M. A., Lunden, A. S., Cristofaro, S. L., Wan, C. R., Bailey, T. C., Broussard, B., . . . Compton, M. T. (2012, December). Phonetic Measures of Reduced Tongue Movement Correlate with Negative Symptom Severity in Hospitalized Patients with First- Episode Schizophrenia- Spectrum Disorders. NIH Public Access, pp. 142 (1-3): 93-95.

ΚΑΤΣΙΚΙΔΟΥ Μ.

### ΔΙΑΣΧΙΣΤΙΚΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ-ΔΙΑΣΧΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΣΧΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η μελέτη της συνύπαρξης των διασχιστικών συμπτωμάτων και η συννοσηρότητα των διασχιστικών διαταραχών με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές καθώς και η διαφορική διάγνωση μεταξύ τους. Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας της τελευταίας δεκαετίας που μελετά κλινικά τα διασχιστικά συμπτώματα στο πλαίσιο των ψυχικών διαταραχών, όπως των αγχώδων διαταραχών (ειδικά της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, της διαταραχής πανικού, της μετατραυματικής διαταραχής, των φοβιών), των ψυχωτικών διαταραχών (και ειδικότερα της σχιζοφρένειας), των συναισθηματικών διαταραχών (της διπολικής διαταραχής και της κατάθλιψης) καθώς και της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας. Ανευρέθηκαν και αναφέρονται εργαλεία αξιολόγησης, διάγνωσης, διαφορικής διάγνωσης και συστήνονται θεραπευτικές μέθοδοι. Διασχιστικά συμπτώματα εμφανίζονται σε διάφορες ψυχικές διαταραχές ενώ πολλές φορές είναι δύσκολη η διαφορική διάγνωση μεταξύ των διασχιστικών διαταραχών και των αγχώδων/σωματοποιητικών αλλά ακόμα και των ψυχωτικών διαταραχών. Τέλος είναι πολύ πιθανή η συννοσηρότητα διασχιστικών με άλλες ψυχικές διαταραχές.

ΚΟΤΑΡΗ Ε.

### ΜΕΣΑ, ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ ΚΑΙ ΔΙΑΜΕΣΑ: Η ΖΩΗ ΣΕ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΟΓΝΩΝ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΕ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

Περιγράφουμε την καινοτόμα τεχνική εφαρμογής του «lusure» ως σταθμό στο θεραπευτικό σχεδιασμό ανάπτυξης των πρόωρων νεογνών στη Β' ΜΕΝΝ. Αναλύουμε τα αποτελέσματα έρευνας (μέσω ερωτηματολογίου) που αφορά την αξιολόγηση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών στο χώρο εργασίας μας. Παραθέτουμε το μοντέλο -αργώ που χρησιμοποιήσε η ομάδα στήριξης της Β' ΜΕΝΝ ως γέφυρα διασύνδεσης προσωπικού, νεογνών και γονέων.

ΚΥΖΙΡΙΔΗΣ Θ.

### ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Οι διαταραχές χρήσης αλκοόλ αποτελούν συχνό, σημαντικό πρόβλημα υγείας με προεκτάσεις τόσο σε επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας όσο και στο πλαίσιο της ατομικής, επαγγελματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας. Η προσπάθεια ανίχνευσής τους στο πλαίσιο ενός τακτικού εξωτερικού ψυχιατρικού ιατρείου παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες σε σύγκριση με ένα εξειδικευμένο ιατρείο αντιμετώπισης προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ.

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

Αφενός, ο χρόνος εξέτασης σε ένα τακτικό ιατρείο είναι περιορισμένος και οι συνθήκες εργασίας γενικά πιεστικές τις περισσότερες φορές. Ο βασικός στόχος είναι η εντόπιση του προβλήματος που οδήγησε τον ασθενή στο ιατρείο και η όσο το δυνατό πληρέστερη αντιμετώπισή του. Το πρόβλημα –οι πιθανοί λόγοι περιλαμβάνουν την άρνηση του ασθενούς, το ότι υπάρχουν εξειδικευμένα ιατρεία εξαρτήσεων στα οποία μπορεί να απευθύνεται, το ότι ο ασθενής ή η οικογένειά του δεν μπορούν πολλές φορές να συσχετίσουν το αλκοόλ με το ψυχιατρικό πρόβλημα που εμφανίζεται ως κυρίαρχο. Μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, στο πλαίσιο του τακτικού εξωτερικού ιατρείου, ο ψυχίατρος καλείται να πάρει ένα όσο το δυνατό πληρέστερο ιστορικό χωρίς να παραλείπει την ανίχνευση των διαταραχών χρήσης αλκοόλ. Στις δυνατότητες που έχει για κάτι τέτοιο περιλαμβάνονται επιπλέον σύντομες κλίμακες ανίχνευσης και εργαστηριακοί δείκτες. Η προσέγγιση αυτών των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ πρέπει να γίνεται με τρόπο που να κινητοποιεί τον ασθενή ώστε να αναγνωρίσει σταδιακά το πρόβλημα, να το αποδεχθεί και να εργαστεί για την επίλυσή του.

### ΚΥΡΙΑΖΗΣ Ο.

#### ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΝΟΣΙΑΚΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ ΣΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Η ραγδαία ανάπτυξη των νευροεπιστημών έχει καταδείξει τη συσχέτιση μεταξύ του ανοσιακού, του ενδοκρινικού και του κεντρικού νευρικού συστήματος. Μελέτες δείχνουν πως το άγχος και η κατάθλιψη επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργία βασικών κυττάρων του ανοσιακού συστήματος, όπως των Τ-λεμφοκυττάρων, των Β-κυττάρων, των φυσικών κυτταροκτόνων κυττάρων (Natural Killer cells, NK) και των μακροφάγων.

Κλινικές και πειραματικές μελέτες έχουν δείξει πως το στρες επηρεάζει σημαντικά το ανοσιακό προφίλ ανθρώπων και πειραματοζώων. Το είδος, η ένταση και η διάρκεια του στρεσογόνου ερεθίσματος, καθώς και η ηλικία, το φύλο και το γονιδιακό προφίλ των ασθενών δημιουργούν διάφορες άμεσες, έμμεσες και πολλές φορές ανόμοιες ανοσιακές απαντήσεις.

Σταθερό εύρημα στην κατάθλιψη αποτελεί η αύξηση των επιπέδων της IL-6 και η επικράτηση της IFN-γ. Τα υψηλά επίπεδα της τελευταίας επιταχύνουν τον καταβολισμό της τρυπτοφάνης και δημιουργούν χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης.

Σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, έχουν αναφερθεί μεταβολές στις κυτταροκίνες, στους υποδοχείς τους και στους μετατροπείς της δραστηριότητάς τους, όπως αύξηση των συγκεντρώσεων στον ορό των IL-2, IL-6, sIL-2R και sIL-6R. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες, εμφανίζουν συμπτώματα αυτοάνοσων νοσημάτων σε μεγαλύτερη συχνότητα (20-35%). Υποπληθυσμοί από ενεργοποιημένα Τ κύτταρα, Β κύτταρα και μακροφάγα διαπερνούν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό, έχοντας ως αποτέλεσμα υπερδραστηριοποίηση των μικρογλοιακών κυττάρων του εγκεφάλου, που μπορεί να προκαλεί φλεγμονώδεις ή και νευροτοξικές διεργασίες στον εγκέφαλο με συνέπεια την εμφάνιση ανοικών διαταραχών όπως η ν. Alzheimer.

### ΚΥΡΙΑΖΗΣ Ο.

#### ΝΕΥΡΟΓΝΩΣΙΑΚΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ ΩΣ ΜΕΣΟ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ

#### ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΩΝ

Στη νεότερη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου ψυχικών διαταραχών DSM-5, η διάγνωση για τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ τεκμηριώνεται από 11 κριτήρια, τα οποία και καθορίζουν τη σοβαρότητα της χρήσης, με ταυτόχρονο προσδιορισμό τυχόν υποτροπών. Το ίδιο πρότυπο ακολουθείται και για τη διαταραχή χρήσης ηρεμιστικών, υπνωτικών ή αγχολυτικών (American Psychiatric Association, 2013).

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

Ο όρος «νευρογνωσιακά ελλείμματα» αναφέρεται στην έκπτωση των ανώτερων νοητικών λειτουργιών όπως η μάθηση, η σκέψη, η συγκέντρωση, η ικανότητα προς αιτιολόγηση και η μνήμη. Η κατάχρηση αλκοόλ ή βενζοδιαζεπινών βραχυπρόθεσμα προκαλεί διάφορα ελλείμματα στην ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και σε οπτικοχωρικές δεξιότητες. Γνωστά σε όλους είναι τα φημισμένα «blackout» της μνήμης και τα «hangover».

Το 50% με 80% των ατόμων με διαταραχή χρήσης αλκοόλ ή βενζοδιαζεπινών παρουσιάζουν γνωστικά ελλείμματα. Τα ελλείμματα αυτά και οι σωματικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και επαγγελματικές τους συνέπειες μπορεί να διαφέρουν σε σοβαρότητα από άτομο σε άτομο σε σημαντικό βαθμό.

Διάφορες κλίμακες μέτρησης ερευνούν την παρουσία ή την απουσία των συμπτωμάτων της γνωστικής λειτουργίας, καθώς και τη συχνότητα και την ένταση τους.

Θα παρουσιαστεί η διαγνωστική αξία των νευρογνωσιακών ελλειμμάτων ως μέσο ανίχνευσης της διαταραχής χρήσης αλκοόλ και βενζοδιαζεπινών καθώς και ένα σχετικό κλινικό περιστατικό που αντιμετώπιστηκε στη Γ΄ Ψυχιατρική κλινική ΑΠΘ.

ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Μ.

### ΜΕΣΑ, ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ ΚΑΙ ΔΙΑΜΕΣΑ: Η ΖΩΗ ΣΕ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΟΓΝΩΝ. Η ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΜΕΝΝ

Στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, ο φυσικοθεραπευτής -ειδικός του στατικού και κινητικού ελέγχου- διαθέτει μία μοναδική δυνατότητα να διαμορφώσει το μυοσκελετικό σύστημα και την κινητική οργάνωση των νοσηλευόμενων νεογνών καθώς και να υποστηρίξει τις οικογένειες των πρόωρων προκειμένου να προάγει την βέλτιστη ανάπτυξη του ανώριμου εγκεφάλου κατά τη διαμονή αυτού του ευαίσθητου πληθυσμού στο στρεσογόνο περιβάλλον της Μονάδας. Η εξειδικευμένη παροχή φυσικοθεραπευτικής φροντίδας καθοδηγείται από συγκεκριμένα μοντέλα κλινικής εκπαίδευσης, εκτενές θεωρητικό υπόβαθρο και από εμπειριστατωμένες οδηγίες κλινικής πράξης.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΠΟΥΛΟΥ Ε., ΜΠΑΚΙΡΤΖΗΣ ΧΡ.

### ΑΝΩΤΕΡΕΣ ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ: ΝΕΥΡΟΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Νοητική έκπτωση παρατηρείται περίπου στους μισούς ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση και συνήθως αφορά ελλείμματα στη ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών και πρόσφατη μνήμη. Η νοητική έκπτωση συνήθως είναι ήπια, αλλά παρατηρείται σε βαρύτερη μορφή στις προοδευτικές μορφές της νόσου. Τα νοητικά ελλείμματα έχουν αρνητική επίπτωση στην εργασιακή ικανότητα και στην ποιότητα ζωής των ασθενών με Πολλαπλή Σκλήρυνση. Έχουν αναπτυχθεί διάφορα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια καθώς και ειδικές συστοιχίες δοκιμασιών, για την ανίχνευση των νοητικών ελλειμμάτων στην καθημερινή κλινική πρακτική. Το νοητικό απόθεμα του ασθενούς αποτελεί βασικό προστατευτικό παράγοντα έναντι της νοητικής έκπτωσης στη πολλαπλή σκλήρυνση.

Στη παρούσα εισήγηση θα παρουσιαστούν οι νοητικές δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση νοητικών ελλειμμάτων στη πολλαπλή σκλήρυνση και θα αναφερθούν οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την επίδοση του ασθενούς σε αυτές.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Γ.

### ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ

Η σχιζοφρένεια είναι μια νευρο-αναπτυξιακή διαταραχή για την οποία έχουν ενοχοποιηθεί ποικίλοι γενετικοί και επιγενετικοί - περιβαλλοντικοί παράγοντες. Η υπόθεση της ντοπαμίνης δεν είναι πλέον

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

επικρατούσα θεωρία για την αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας και αποτελεί τμήμα της βιοχημικής σηματοδότησης της διαταραχής.

Νεότερα ερευνητικά δεδομένα εμπλέκουν το ανοσολογικό σύστημα με την εμφάνιση ψυχωτικών συμπτωμάτων, μέσω του μη ειδικού όσο και του ειδικού σκέλος του. Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι μία λοιμώδης - αυτοάνοση διαδικασία πιθανά διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια των διαταραχών του ψυχωσικού φάσματος. Τα σημεία φλεγμονής και η ενεργοποίηση μικρογλοίας σε νεκροτομικές μελέτες εγκεφάλων και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, η ενεργοποίηση Τ-λεμφοκυττάρων και η μεταβολή της ισορροπίας των επιπέδων κυτοκινών στον ορό και στο ΕΝΥ, αποτελούν ισχυρές ενδείξεις για την ανοσολογική βάση στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας. Επιπρόσθετα, η ενεργοποίηση του άξονα Υποθάλαμος-Υπόφυση -Επινεφριδίων, γνωστό και ως Άξονας του stress, αναφέρεται ως υπεύθυνη για δομικές, βιοχημικές και λειτουργικές αλλαγές του εγκεφάλου. Βιβλιογραφικά δεδομένα αναφέρονται εκτενέστερα στο σημαντικό ρόλο των προφλεγμονωδών κυτοκινών. Οι πιο συχνά εμπλεκόμενες φαίνεται να είναι οι IL-1, IL-2, sIL-2R, IL-RA, IL-6, sIL-6R, IFN, IL-4, IL-10 και ο TNF-α καθώς υψηλά επίπεδα τους έχουν βρεθεί σε ασθενείς με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο. Τα ευρήματα αυτά αναφέρονται σε ολοένα αυξανόμενο αριθμό βιβλιογραφικών αναφορών προτείνοντας ένα νέο πεδίο έρευνας και πιθανής θεραπευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.

ΛΑΖΑΡΑΤΟΥ Ε.

### Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Ο S. Freud μέσα από τις ψυχαναλυτικές θεραπείες των ενηλίκων έδωσε κεντρική θέση στην παιδική ηλικία, σαν περίοδο όπου διαδραματίζονται κύριες ψυχικές συγκρούσεις που καθορίζουν την εκδήλωση της παθολογίας της ενήλικης ζωής.

Η παιδοψυχιατρική επηρεάστηκε και ξεακολουθεί να επηρεάζεται από την ψυχαναλυτική θεωρία. Το ψυχαναλυτικό μοντέλο έφερε μια σημαντική αναγέννηση στην κατανόηση της ψυχοπαθολογίας του παιδιού επιτρέποντας να προσδιορισθεί η δομική οργάνωση της προσωπικότητας και η συγκρουσιακή της δυναμική.

Η σύγχρονη ψυχαναλυτική προσέγγιση έχει ξεπεράσει τις θεωρίες ψυχογένεσης των διαταραχών. Μελετά το είδος του άγχους που διακινείται, τους μηχανισμούς άμυνας που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του και τους διαφόρους παράγοντες που είναι ικανοί να σταθεροποιήσουν ή να μεταβάλουν την παθολογική λειτουργία.

Από την άλλη πλευρά η σύγχρονη έρευνα βοηθούμενη από την τεχνολογία που επιτρέπει ακριβείς απεικονιστικές αποτυπώσεις της λειτουργίας του εγκεφάλου και πολύπλοκους γενετικούς προσδιορισμούς έχει συσσωρεύσει ικανοποιητικά δεδομένα που τεκμηριώνουν την βιολογική βάση πολλών ψυχικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας.

Από πληθώρα μελετών είναι διαθέσιμα συμπεράσματα σχετικά με τη συμμετοχή της γενετικής επιρροής, την νευροπαθολογία, της αρχιτεκτονικής του εγκεφάλου, της λειτουργίας των νευρωνικών δικτύων, των διαταραχών του ανοσοποιητικού συστήματος και διάφορων βιοδεικτών σε μια πολυπαραγοντική αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών.

Τα ανωτέρω εικονογραφούνται παραστατικά με το παράδειγμα του αυτισμού και του πρώιμου παιδικού τραύματος, όπου οι δύο προσεγγίσεις δεν είναι αντιτιθέμενες αλλά αλληλεπιδρούν και αλληλοσυμπληρώνονται. Ψυχαναλυτές και νευρο-επιστήμονες με ευρείες θεωρητικές βάσεις συνδυάζουν τα δεδομένα και εμπλουτίζουν την κατανόηση των ψυχικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας.



ΛΑΛΕΣ Γ.

### Η ΩΡΙΜΑΝΣΗ ΤΟΥ ΦΟΙΤΗΤΗ ΣΕ ΙΑΤΡΟ-ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Ο συνεχώς αυξανόμενος επιπολασμός του καρκίνου καθώς και οι κλινικές του ιδιαιτερότητες με έντονη τη συνύπαρξη ψυχολογικών διεργασιών και ψυχιατρικής συννοσηρότητας καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για αρτιότερη και εντατικότερη εκπαίδευση των ιατρών από τα πρώτα κιόλας χρόνια της ιατρικής σχολής. Επίσης, χάρη στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και της θεραπευτικής τεχνολογίας έχει αυξηθεί σημαντικά το όριο επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο οδηγώντας έτσι στην ανάγκη για περισσότερη εξειδικευμένη και επικεντρωμένη θεραπευτική προσέγγιση του καταπονημένου σώματος και της τραυματισμένης ψυχολογικής κατάστασης των ανθρώπων αυτών. Για το σκοπό αυτό γίνεται λόγος για ένταξη μαθημάτων όπως η ψυχο-ογκολογία στο πρόγραμμα σπουδών πολλών ιατρικών σχολών καθώς και ο εκσυγχρονισμός των μαθημάτων που αφορούν: την έρευνα για θέματα ογκολογικού ενδιαφέροντος, την κλινική πράξη για τον εντοπισμό των καρκινικών ευρημάτων με τη βοήθεια προπλασμάτων καθώς και των προληπτικών μέτρων που στοχεύουν σε έγκαιρη διάγνωση των νεοπλασιών που εμφανίζουν περιβαλλοντική συσχέτιση όπως ο καρκίνος του πνεύμονα. Σημαντικός, σύμφωνα με μελέτες, φαίνεται ο ρόλος της διεπιστημονικής προσέγγισης των καρκινοπαθών με τη συνεργασία ποικίλων ειδικοτήτων με στόχο την εξατομικευμένη ιατρική υποστήριξη προσαρμοσμένη στις ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς. Τέλος, επιβάλλεται οι κλινικοί ιατροί να εξασκούνται από νωρίς σε επικοινωνιακές δεξιότητες τόσο απέναντι στον ασθενή όσο και στο συγγενικό του περιβάλλον διότι έχει φανεί, απ' τη διεθνή βιβλιογραφία, ότι τα κατάλληλα στοιχεία χαρακτήρα όπως η ενσυναίσθηση μπορούν να βοηθήσουν στην προσέγγιση, στην αξιολόγηση και τελικά στην αποτελεσματικότερη υποστήριξη του πάσχοντα συμβάλλοντας θετικά στην πορεία της νόσου, στην επιτυχία της αγωγής, στον έλεγχο του πόνου και στην ψυχική του υγεία.

ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ.

### ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Το Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής λειτουργεί στον χώρο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης από το 1998 και καλύπτει όλη τη Βόρειο Ελλάδα. Παρέχει νοσηλεία κατά κύριο λόγο σε ακατάλογιστους ψυχιατρικούς ασθενείς που στην πλειοψηφία τους έχουν διαπράξει ανθρωποκτονία ή απόπειρα ανθρωποκτονίας. Οι ασθενείς εισέρχονται και εξέρχονται με δικαστική απόφαση κατ' εφαρμογή των άρθρων 69 και 70ΠΚ αντίστοιχα.

Η δύναμη της κλινικής είναι στην παρούσα φάση 47 ασθενείς (40 άνδρες, 7 γυναίκες), ενώ μόλις πριν δύο χρόνια ξεπερνούσε τους 60. Το τμήμα λειτουργεί με συνθήκες ανοικτής νοσηλείας, όπως όλα τα τμήματα του ψυχιατρείου, χωρίς αυξημένο ή ειδικά εξειδικευμένο προσωπικό.

Αντικείμενο της παρουσίασης είναι οι ιδιαίτερες ιστορίες των ασθενών που νοσηλεύει: ασθενείς που έχουν διαπράξει το αδίκημα στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και παραμένουν νοσηλευόμενοι για πάνω από δεκαετία για μη ιατρικούς λόγους, ασθενείς που υποτροπίασαν μετά από νοσηλεία σε τμήματα οξέων λόγω της έλλειψης δομών στην κοινότητα και διέπραξαν το αδίκημα στην πορεία της νόσου, ασθενείς που αποφυλακίστηκαν και βρέθηκαν ακούσια νοσηλευόμενοι στην κλινική, ασθενείς που παραμένουν στην κλινική λόγω έλλειψης υποστηρικτικού περιβάλλοντος που θα μπορούσε να τους στηρίξει εξωνοσοκομειακά κλπ.

Επιπλέον η παρουσίαση του Εξωτερικού Ιατρείου Ψυχιατροδικαστικής που αναλαμβάνει την παρακολούθηση επανερχόμενων ασθενών μας, αλλά και γενικότερα ασθενών με παραβατικότητα. Η λειτουργία του ιατρείου έχει οδηγήσει σε αυξημένο αριθμό εξιτηρίων τα δύο χρόνια της λειτουργίας του με τη χρήση και ενέσιμων μακράς διάρκειας δράσης, καθώς φαίνεται να δίνει πρόσθετη εγγύηση στο δικαστήριο αποχαρακτηρισμού για την συνέχεια της ψυχιατρικής αγωγής και παρακολούθησης.

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

ΜΑΡΟΥ Μ.

### Η ΕΓΚΥΜΟΝΟΥΣΑ ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Η εγκυμοσύνη είναι ούτως ή άλλως μια περίοδος με πολλές ιδιαιτερότητες στη ζωή μιας γυναίκας. Όταν μάλιστα η εγκυμονούσα πάσχει από κάποια ψυχική νόσο ή διαγιγνώσκεται για πρώτη φορά με κάποια ψυχική νόσο κατά τη διάρκεια της κύησης, τότε αναδύονται μία σειρά από προβληματισμούς σε ό,τι αφορά τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και το είδος αυτής, τη δοσολογία καθώς και την ασφάλειά της για το αναπτυσσόμενο έμβρυο αλλά και τη μητέρα. Η συνεργασία με την εγκυμονούσα ασθενή, στο βαθμό που αυτό είναι δυνατό καθώς και με το θεράποντα μαιευτήρα-γυναικολόγο, αλλά και με την οικογένεια, είναι μείζονος σημασίας. Γίνεται παρουσίαση ασθενούς με ιστορικό ψύχωσης, η οποία παρουσίασε υποτροπή κατά τη διάρκεια της κύησης.

ΜΕΛΛΟΣ Ε.

### ΔΙΣΟΥΛΦΙΡΑΜΗ, ΠΑΛΑΙΑ ΟΥΣΙΑ - ΝΕΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ

Η δισουλφιράμη αποτελεί την παλαιότερη χρησιμοποιούμενη ουσία για τις διαταραχές χρήσης αλκοόλ. Ασκει τη δράση της μέσω αναστολής του ενζύμου της αλδευδο-δευδρογενάσης, με αποτέλεσμα την αύξηση των συγκεντρώσεων της ακεταλδεύδης στο αίμα και την εμφάνιση μιας σειράς συμπτωμάτων όπως, πονοκέφαλος, ταχυκαρδία, δυσφορία, δύσπνοια, αίσθημα flushing κα. Η συμπτωματολογία αυτή εκλύεται αμέσως μετά την κατανάλωση οινόπνεύματος και αποτελεί μια δυσάρεστη εμπειρία για το χρήστη που τον αποτρέπει από το αλκοόλ (αντίδραση αποστροφής).

Παρά την προφανή λογική της η θεραπεία αυτή δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, κυρίως λόγω της χαμηλής συμμόρφωσης. Παράγοντες καλής απάντησης στη δισουλφιράμη αποτελούν το ισχυρό κίνητρο, η ύπαρξη κατάλληλου υποστηρικτικού περιβάλλοντος και η απουσία μείζονος ψυχοπαθολογίας.

Ως φαρμακευτική ουσία η δισουλφιράμη είναι γενικώς καλά ανεκτή, με τις συχνότερες παρενέργειές της να αφορούν τα ηπατολογικά προβλήματα, τα καρδιαγγειακά και την υπνηλία.

Σήμερα διάφοροι φαρμακευτικοί παράγοντες χρησιμοποιούνται, με ένδειξη ή χωρίς, στη θεραπεία του αλκοολισμού. Στα πλαίσια αυτά συζητείται η θέση της δισουλφιράμης στη σύγχρονη θεραπευτική των διαταραχών χρήσης αλκοόλ, οι αντενδείξεις της και η αποτελεσματικότητά της.

ΜΠΑΛΗ Π.

### ΑΝΗΛΙΚΟΙ ΠΑΡΑΒΑΤΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ

**Εισαγωγή:** Η νεανική ή ανήλικη παραβατικότητα είναι ένα σύνθετο ατομικό και κοινωνικό φαινόμενο και χαρακτηρίζεται από έντονες δυσκολίες ως προς τη μελέτη του.

Σε μελέτες φαίνεται ότι οι ανήλικοι που προβαίνουν σε παραβατικές πράξεις και συμπεριφορές εμφανίζουν κάποια χαρακτηριστικά.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της παραβατικότητας των ανηλίκων και των χαρακτηριστικών των ανηλίκων που προβαίνουν σε παραβατική συμπεριφορά.

**Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας με τη χρήση των ηλεκτρονικών βάσεων και πηγών, όπως επίσης δόθηκαν αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια στους νέους με παραβατική συμπεριφορά, στο πλαίσιο του δικαστηρίου ανηλίκων Αθηνών.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων παραβατών ήταν άντρες, Έλληνες και απόφοιτοι λυκείου. Το 41,7% των συμμετεχόντων είχε επισκεφτεί ψυχίατρο ή ψυχολόγο.

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

Μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων είχε ιστορικό κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες, ενώ σημαντικό ποσοστό είχε βιώσει κάποιο στρεσογόνο γεγονός ζωής τους τελευταίους 24 μήνες πριν από την παραβατική πράξη. Το 23,3% των συμμετεχόντων είχε οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικής νόσου και κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες. Οι ποινικές παραβάσεις που σημειώθηκαν κυρίως ήταν η κλοπή ή ληστεία και η κατοχή και χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Ακόμη, οι έφηβοι αυτοί εμφάνιζαν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοαντίληψη, δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις και στο σχολείο και γενικότερη κοινωνική δυσλειτουργία, ενώ εμφάνιζαν επίσης σωματικά συμπτώματα και άγχος / αϋπνία.

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη των χαρακτηριστικών των εφήβων παραβατών είναι ιδιαίτερα σημαντική προκειμένου να αναγνωριστούν οι παράγοντες κινδύνου που υποκρύπτονται και συμβάλλουν στην εκδήλωση παραβατικής συμπεριφοράς, με στόχο τη δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης της παραβατικότητας στους εφήβους και αποτροπής αυτών από τη συμμετοχή τους σε παραβατικές πράξεις.

ΜΠΑΣΙΑΛΛΑ ΦΡ. ΤΖ.

### ΜΕΣΑ, ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ ΚΑΙ ΔΙΑΜΕΣΑ: Η ΖΩΗ ΣΕ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΟΓΝΩΝ. ΤΟ ΔΙΑΜΕΣΟ: Η ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Κατασκευάσαμε και χορηγήσαμε ένα ερωτηματολόγιο (18 ερωτήσεις, Cronbach's Alpha 0,96) για να εντοπίσουμε τους τομείς στους οποίους άσκησε θετική επιρροή η συμμετοχή του προσωπικού στην δεκαπενθήμερη ομάδα προσωπικού. Ενδεικτικά αναφέρουμε την συνεργασία με τους συναδέλφους, την αντοχή στο φόρτο εργασίας, την αποδοτικότητα στην εργασία, την εκμάθηση καινούργιων τρόπων αντιμετώπισης δυσκολιών, την βελτίωση της επαφής με τους γονείς, την αποδοχή από τους συναδέλφους.

ΝΑΖΛΙΔΟΥ Ε.-Ι.

### Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΗΛΗΣ ΑΙΤΙΟΤΗΤΑΣ ΡΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΟΥΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ή ΔΡΑΣΗ

Κάθε δράση ή συναισθηματική κατάσταση έχει μια αιτία. Η προσπάθεια εξήγησης της αιτίας που οδηγεί σε μια δράση ή σε μια συναισθηματική κατάσταση βοηθά στη νοηματοδότηση των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και γενικότερα στην κατανόηση του κοινωνικού κόσμου. Η σχέση αιτίου και αιτιατού, χάρη στη γλώσσα μπορεί να κωδικοποιείται στο νόημα ακόμα και μεμονωμένων λέξεων. Τέτοιες λέξεις είναι τα διαπροσωπικά ρήματα, τα οποία περιγράφουν συναλλαγή μεταξύ δύο ατόμων. Αυτά τα ρήματα εμπεριέχουν σημασιολογικό περιεχόμενο το οποίο υποδηλώνει την αιτιώδη σχέση της συμπεριφοράς ή της συναισθηματικής αντίδρασης μεταξύ των συνομιλητών. Ανάλογα με τον ταξινομικό τύπο στον οποίο ανήκουν, κάποια από αυτά τα ρήματα οδηγούν στο να αποδοθεί η αιτία της δράσης στο γραμματικό υποκείμενο και κάποια στο γραμματικό αντικείμενο. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται «άδηλη αιτιότητα» και έχει υποστηριχθεί ότι σχετίζεται με τη Θεωρία του Νου. Δεδομένου των ελλειμμάτων των ασθενών με ψύχωση στη Θεωρία του Νου και της σημασίας που έχουν αυτά στην έκπτωση της κοινωνικής τους λειτουργικότητας, η εξέταση της ικανότητας απόδοσης της αιτιότητας διαπροσωπικών ρημάτων αποτελεί ένα ενδιαφέρον ερευνητικό πεδίο.

ΝΙΚΟΛΑΟΥ Κ.

### ΝΕΕΣ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ: ΝΕΕΣ ΟΥΣΙΕΣ, ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΙΚΟΝΕΣ

Η Παγκοσμιοποίηση και οι Νέες Τεχνολογίες, κυρίως το Διαδίκτυο, προσδίδουν άμεση πρόσβαση στην πληροφόρηση και τις επικοινωνίες, επαναορίζουν την επιχειρηματικότητα και τους νόμους της αγοράς (προσφορά και ζήτηση) και δημιουργούν καινοτόμες στρατηγικές προώθησης και δια-

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

φήμισης. Οι Νέες Συνθετικές ουσίες είναι φτηνότερες στην παραγωγή τους, απευθύνονται σε καινούργιες ομάδες στόχους χρηστών για περιστασιακή/ ψυχαγωγική χρήση κυρίως, προωθούνται και μέσω διαδικτύου, παρακάμπτουν την νομοθεσία, διευκολύνουν το οργανωμένο έγκλημα, είναι πολύ δύσκολες να ανιχνευθούν, αναξιόπιστης σύνθεσης και περιεκτικότητας, αγνώστων δράσεων και παρενεργιών. Παρουσιάζουμε τα τελευταία δεδομένα στην Ελλάδα και την Ευρώπη, εστιάζοντας σε κλινικά περιστατικά.

ΝΙΚΟΛΑΟΥ Κ.

### ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ: ΩΚΥΤΟΚΙΝΗ ΚΑΙ ΟΠΙΟΕΙΔΗ

Υπάρχει πλέον συσσωρευμένη βιβλιογραφία, η οποία υποστηρίζει ότι η ωκυτοκίνη διαθέτει συναρπαστικές δυνατότητες αναστροφής των καταστροφικών επιδράσεων της μακροχρόνιας χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και συγκεκριμένα οπιοειδών, στην κοινωνική συμπεριφορά και μπορεί να διαδραματίσει ένα σημαντικό, αν και ακόμα σχετικά αδιευκρίνιστο και, εν πολλοίς, αδιερεύνητο, ρόλο στην ελαχιστοποίηση ανάπτυξης ανοχής και εξάρτησης, στην ανακούφιση από το στερητικό σύνδρομο, στην πρόληψη της υποτροπής και στην προσασία ευάλωτων ατόμων, επιδρώντας σε στρεσογόνες καταστάσεις και συναισθηματικές διαταραχές και βελτιώνοντας κοινωνικές δεξιότητες. Στην μελέτη μας συμμετείχαν 57 χρόνιοι χρήστες ηρωίνης, οι οποίοι εισήχθησαν στην Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης ΙΑΝΟΣ, εσωτερικής παραμονής 21 ημερών. 27 από αυτούς ολοκλήρωσαν την προκαθορισμένη διάρκεια νοσηλείας, ενώ οι υπόλοιποι 30 διέκοψαν. Η υπόθεση μας ότι το στρες του στερητικού συνδρόμου οπιοειδών αυξάνει τα επίπεδα ωκυτοκίνης σε μια προσπάθεια καταστολής του, και ότι επιδρά αρνητικά στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας επιβεβαιώθηκε από τα ευρήματά μας. Το πληθυσμιακό δείγμα, το οποίο διέκοψε πρόωρα, παρουσίασε ψηλότερα επίπεδα ωκυτοκίνης ορού κατά την δεύτερη μέρα από την εισαγωγή, κατά την κορύφωση δηλ. του στερητικού συνδρόμου, από το πληθυσμιακό δείγμα, το οποίο παρέμεινε καθ' όλη την προαπαιτούμενη διάρκεια θεραπείας. Το εύρημα αυτό υποδεικνύει αυξημένη έκκριση ωκυτοκίνης προκαλούμενης από μεγαλύτερο στρες λόγω εντονότερου στερητικού συνδρόμου οπιοειδών και επιβεβαιώνεται από τις μετρήσεις των κλιμάκων COWS, VAS-Craving, και Hamilton-Anxiety τα άτομα, τα οποία διέκοψαν παρουσίαζαν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης συμπτμάτων στερητικού συνδρόμου μεγαλύτερης επιπέδου βαρύτητας. Παρατηρήθηκε επίσης μια θετική συσχέτιση μεταξύ των τιμών ωκυτοκίνης ορού και των αποτελεσμάτων στις κλίμακες COWS και Hamilton-Anxiety, στο συνολικό πληθυσμιακό δείγμα, η οποία αντανακλά την σχέση στρες-ωκυτοκίνη.

ΝΤΟΥΡΟΣ Ε.

### Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΝΟΗΣΗ (SOCIAL COGNITION) ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι ασθενείς με διαγνώσεις του ψυχωτικού (και ειδικά του σχιζοφρενικού) φάσματος παρουσιάζουν ελλείμματα σε εύρος γνωστικών λειτουργιών. Αυτές περιλαμβάνουν, καταρχήν, τις θεμελιωδέστερες λειτουργίες όπως η προσοχή και η μνήμη αλλά εκτείνονται και σε πιο σύνθετες όπως η Κοινωνική Νόηση (KN) [Social Cognition]. Με τον όρο αυτό περιγράφονται οι γνωστικές διαδικασίες που αφορούν την κατανόηση και επεξεργασία του κοινωνικού εαυτού. Η θεωρία του Νου (ΘτΝ) [Theory of Mind-ToM] και η Αναγνώριση Συναισθημάτων (ΑΣ) [Emotion Perception-EP] είναι τα πεδία της KN που έχουν μελετηθεί εκτενέστερα και ιδιαίτερα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια (Green, 2008). Μια σειρά από μελέτες έχουν καταγράψει τη μειωμένη απόδοση των ασθενών σε σχέση με τους υγιείς στην ΘτΝ και την ΑΣ και πλέον τα ελλείμματα θεωρούνται πυρηνικό γνώρισμα των ψυχώσεων (Savila, 2013). Υπάρχουν, μάλιστα, στοιχεία για την ύπαρξη τους και πριν την πλήρη εμφάνιση των συμπτω-

μάτων, ενώ η παρουσία τους συνδέεται στενά με την κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών και την πορεία της νόσου (Addington, 2010). Η παρουσίαση περιλαμβάνει αποτελέσματα και δικής μας μελέτης που επιβεβαιώνουν τα ανωτέρω και υπογραμμίζουν τη σημασία της περαιτέρω έρευνας.

## Βιβλιογραφία

Addington, J et al (2010). Social cognition mediates illness-related and cognitive influences on social function in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 35(1), 49–54.  
Green, MF et al (2008). Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1211–1220.

Savla, G et al (2013). Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: A meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 979–992.

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ.

## ΨΥΧΗ ΚΑΙ ΝΟΥΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΙΣΤΟΡΙΑΣ: ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Μ. Οικονόμου<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Αιγινήτειο Νοσοκομείο

<sup>2</sup> Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ)

Στην παρουσίαση αυτή περιγράφονται και συζητούνται οι αντιλήψεις περί ψυχής, νου και εγκεφάλου όπως αυτές επικράτησαν στις πρωτόγονες κοινωνίες, τους αρχαίους πολιτισμούς, τα ομηρικά έπη, την Αρχαία Ελληνική Φιλοσοφία, την Αρχαία Ιατρική, αλλά και τον Μεσαίωνα, την Αναγέννηση και τη νεότερη Φιλοσοφία. Αναφορά, επίσης, γίνεται στην περίοδο από τον 17ο αιώνα και μετά, ο οποίος αποτελεί αφετηρία σημαντικών ανατομικών και νευροφυσιολογικών ανακαλύψεων σχετικά με τη μορφολογία αλλά και τον τρόπο λειτουργίας του εγκεφάλου. Στην πορεία αυτή των αιώνων εκφράστηκαν θεωρίες λιγότερο ή περισσότερο δυϊστικές ή μονιστικές και αναζητήθηκε η φύση, το περιεχόμενο, η έδρα, αλλά και το πεπρωμένο της ψυχής. Στην αναδρομή αυτή εντοπίζονται οι απαρχές των σύγχρονων νευροεπιστημών, της νευροβιολογίας και της νευροψυχανάλυσης, αλλά και της σημερινής ψυχιατρικής και ψυχοθεραπείας έτσι όπως αυτές ανευρίσκονται στην έρευνα και εφαρμόζονται στην κλινική πράξη.

**Λέξεις κλειδιά:** Ψυχή, ψυχή και σώμα, φιλοσοφία, εντοπιστικές θεωρίες, νευροεπιστήμες, ψυχιατρική

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ.

## ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ: Η ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΒΙΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μ. Οικονόμου<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Αιγινήτειο Νοσοκομείο

<sup>2</sup> Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ)

Η διπολική διαταραχή (ΔΔ) είναι μια από τις σοβαρότερες ψυχικές νόσους και συνιστά σημαντική πηγή ψυχοκοινωνικής δυσχέρειας και επιβάρυνσης για τους ασθενείς και για τις οικογένειές τους. Η ολοκληρωμένη θεραπεία για την ΔΔ απαιτεί τον συνδυασμό βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων με τις ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις να αναδεικνύονται ως ο κοινός τόπος ανάμεσά τους. Στο παρόν εργαστήριο θα αναδειχθεί η συμβολή της Ψυχοεκπαίδευσης στην αντιμετώπιση της ΔΔ και θα αναφερθούν παραδείγματα και μαρτυρίες ασθενών με ΔΔ που έπαιξαν σημαίνοντα ρόλο στη διαδρομή της ιστορίας αλλά και στη σύγχρονη κοινωνική ζωή. Θα παρουσιαστεί, επίσης, ένα μοντέλο ομαδικής ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης για ασθενείς με ΔΔ που υλοποιείται στο πλαίσιο της Μονάδας Ψυχοεκπαίδευσης και Οικογενειακών Παρεμβάσεων του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

Χαρακτηριστικό στοιχείο του μοντέλου αποτελεί η ενεργός συμμετοχή ασθενούς με ΔΔ, ο οποίος έχει εμπειρία στην ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση. Η αξιοποίηση του προσωπικού του βιώματος τόσο κατά την πορεία της νόσου όσο και κατά τη θεραπεία σε πολλαπλά πεδία της επαγγελματικής, κοινωνικής και οικογενειακής του ζωής αποτελούν πολύτιμο υλικό κατά την ψυχοεκπαιδευτική διαδικασία.

### ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ Π.

#### ΝΕΕΣ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ. ΜΙΑ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια δραματική αύξηση στην πώληση και χρήση νέων ψυχοδραστικών ουσιών (designer drugs), γεγονός που συχνά αποτυπώνεται στην καθημερινή ιατρική πρακτική με περίεργες ψυχιατρικές εικόνες, άγνωστες σωματικές εκδηλώσεις και πιθανά θανατηφόρες καταλήξεις. Ο μεγάλος αριθμός των νεοεμφανιζόμενων ουσιών, το συνήθως χαμηλό κόστος και η συχνά «νόμιμη» διακίνηση τους ως ενώσεις ασφαλείς και φυσικές, ή ως ενώσεις που προορίζονται για ερευνητικούς σκοπούς, επιβάλλει την εξοικείωση του ιατρικού προσωπικού στην αναγνώριση, ανίχνευση και διαχείριση τέτοιων περιστατικών. Στόχος της παρούσας ομιλίας είναι να συνοψίσει τις υπάρχουσες πληροφορίες σχετικά με το φαινόμενο των νέων ψυχοδραστικών ουσιών, ως προς τις ομάδες που αναγνωρίζονται, τις κλινικές τους επιδράσεις και τα μοτίβα κατανάλωσης, αλλά και τις επιπτώσεις της κατάχρησής τους.

### ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ Π.

#### ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ

Το φαινόμενο της κατάχρησης συνταγογραφούμενων φαρμάκων δεν είναι νέο και σημαντικές ομάδες σκευασμάτων όπως τα οπιοειδή, τα αγχολυτικά και τα διεγερτικά έχουν κατηγοριοποιηθεί σε ειδικές και υπό παρακολούθηση ομάδες φαρμακευτικών ουσιών. Ταυτόχρονα όμως, νεότερα σκευάσματα που προστίθενται στην θεραπευτική φαρέτρα της κλινικής πράξης φαίνεται να λαμβάνονται από έναν αριθμό ασθενών ως ψυχοδραστικές ουσίες και για ψυχαγωγικούς σκοπούς. Στην παρούσα ομιλία θα γίνει μία προσπάθεια αποτύπωσης των νεότερων δεδομένων σε σχέση με τις φαρμακευτικές ενώσεις που χρησιμοποιούνται από τους χρήστες ουσιών πέρα από τις θεραπευτικές τους ενδείξεις, των επιπτώσεων αυτής της πρακτικής αλλά και των δυσκολιών στην ανίχνευση αυτής της «νέας μορφής διαταραχής χρήσης ουσιών» εκ μέρους των θεραπόντων.

### ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ Π.

#### ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ

Υπάρχουν πολλές μορφές και τρόποι κατανάλωσης του αλκοόλ που μπορούν να εκθέσουν ένα άτομο σε κίνδυνο ή να προκαλέσουν βλάβες σε διάφορους τομείς της ζωής του. Πολλοί επίσης είναι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ, όπως για παράδειγμα η άγνοια των ορίων και των κινδύνων που συνδέονται με την υπερβολική κατανάλωση ή οι κοινωνικές και περιβαλλοντικές επιδράσεις, όπως τα έθιμα και διάφορα μοτίβα ζωής που ευνοούν την αυξημένη κατανάλωση και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διατήρησή της. Η πολύπλοκη φύση του προβλήματος καθιστά ιδιαίτερα σημαντική την ανάγκη έγκαιρης και έγκυρης αναγνώρισης της διαταραχής αυξάνοντας τις πιθανότητες για διακοπή ή μείωση της χρήσης και κατά συνέπεια της βλάβης που αυτή συνεπάγεται. Στην καθημερινή κλινική πράξη η ανίχνευση και η αντιμετώπιση μεταφράζονται σε εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τα επίπεδα κατανάλωσης χαμηλού κινδύνου και τις επιπτώσεις που η υπερβολική χρήση μπορεί να έχει, προσφέροντας ταυτόχρονα στους θεράποντες πληροφόρηση για τη συνολική κατάσταση της υγείας του ασθενούς και δυνατότητα λήψης των κατάλληλων μέτρων διαχείρισης των προβλημάτων του.

# ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ Θ.

## ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ

Αρκετά αντιεπιληπτικά φάρμακα έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία της Διαταραχής Χρήσης Αλκοόλ (ΔΧΑ) όχι μόνο κατά τη φάση της αποτοξίνωσης, αλλά και κατά τη φάση της αποκατάστασης. Τα αντισπασμικά φάρμακα δεν έχουν ακόμη λάβει επίσημη έγκριση για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ. Οι περισσότερες κλινικές μελέτες αφορούν την καρβαμαζεπίνη, την οξκαρβαμαζεπίνη, το βαλπροϊκό, την τοπιραμάτη και πρόσφατα την πρεγκαμπαλίνη, τη γκαμπαπεντίνη και την τιαγκαμπίνη. Από τα κλασικά αντιεπιληπτικά φάρμακα η καρβαμαζεπίνη χρησιμοποιείται σε αρκετές περιπτώσεις μόνο κατά την φάση της αποτοξίνωσης, παρόλο που δεν φαίνεται να υπερτερεί από τις βενζοδιαζεπίνες, που εξακολουθούν να αποτελούν τα φάρμακα πρώτης επιλογής. Γενικά, προτιμάται στις περιπτώσεις επιληπτικών ασθενών, εφόσον υπάρχει ήδη ιστορικό δύο ή περισσότερων επιληπτικών κρίσεων κατά τη φάση απόσυρσης και σε όσες περιπτώσεις έχουν εκδηλωθεί προηγουμένως επιληπτικές κρίσεις παρά την επαρκή κάλυψη με βενζοδιαζεπίνες. Τα πλέον ενθαρρυντικά είναι τα αποτελέσματα των μελετών με την τοπιραμάτη, ένα αντιεπιληπτικό φάρμακο το οποίο μειώνει τη ντοπαμινεργική δραστηριότητα στη μεσομεταιχμιακή οδό δρώντας ταυτοχρόνως στους υποδοχείς του γ-αμινοβουτυρικού (ενίσχυση) και στους AMPA γλουταμινικούς υποδοχείς (αναστολή). Η τοπιραμάτη σε δόση 75-300mg/ημερησίως φαίνεται ότι μειώνει την έντονη επιθυμία για οινόπνευμα και ότι προλαμβάνει ικανοποιητικά τις υποτροπές. Ειδικότερα, η τοπιραμάτη φαίνεται να δρα ευεργετικότερα στα άτομα με έντονη επιθυμία λήψης αλκοόλ, καθώς και στην καταναγκαστική και παρορμητική κατανάλωσή του. Πιθανές παρενέργειες της τοπιραμάτης είναι αταξία, υπνηλία, ζάλη, ναυτία, σύγχυση, κόπωση, παραισθησίες, δυσαρθρία, διπλωπία, και μεταβολική οξέωση σε νεφρική ή ηπατική νόσο. Τα διαθέσιμα δεδομένα αναφορικά με τη χρήση της πρεγκαμπαλίνης ως μονοθεραπεία σε δόσεις 150-600mg/ημ. για την ασφαλή και αποτελεσματική πρόληψη των υποτροπών, αλλά όχι και του στερεοτικού συνδρόμου, είναι επίσης ενθαρρυντικά. Τέλος, η γκαμπαπεντίνη, ρυθμιστής του GABAεργικού και γλουταμινεργικού τόνου και δρώντας στους διαύλους Na<sup>+</sup> και Ca<sup>2+</sup>, σε δόσεις 600-1200mg/ημ., μειώνει την κατανάλωση και την επιθυμία για οινόπνευμα, όπως επίσης μειώνει την ανησυχία και βελτιώνει τον ύπνο.

ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΣ Ι. Χ.

## ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΑΛΗΘΕΙΑ

Πρέπει άραγε ή Όχι να ξέρει την αλήθεια ο ασθενής με καρκίνο; Αν ναι, από Ποιόν ενημερώνεται; ΠΩΣ; Πόσο Μέρος της αλήθειας αντέχει να γνωρίζει;

Στην χώρα μας αποτελεί Πληγή, που κακοφόρμισε, ένα "κυλώνειον άγος", η άγνοια της Αλήθειας από τον μοναδικό Άμεσα ενδιαφερόμενο...

Παρατίθενται επιχειρήματα μαζί με αντιπαράδειγματα, εμπνευσμένα από την τριανταδύαχρονη κλινική εμπειρία του συγγραφέα, υπέρ του Δικαιώματος του ασθενούς:

- Εμπιστοσύνη,
- Προστάσια από τσαρλατάνους και εκμετάλλευση,
- Συνειδητή Θυσία αρτιμέλειας για επίτευξη Ίασης,
- Βάσιμη Ελπίδα και
- Έλλειψη φόβου για το άγνωστο.

Η εισήγηση:

- εμπριέχει πολλά από τα επιχειρήματα, που μπορεί να αναγνώσει κανείς στο ομότιτλο ηλεκτρονικό βιβλίο του ομιλητή – συγγραφέα (ebook: [www.icp-med.gr/vivlia/dsa](http://www.icp-med.gr/vivlia/dsa))
- παρέχει ερεθίσματα σε κάθε ανθρωπιστή, που μεριμνά για ασθενείς με καρκίνο ή παρόμοια Νόσο: γιατρό, νοσηλεύτη, ψυχολόγο, ιερέα, φίλο... Παρακαλούνται όλοι να μην καταφεύγουν στην Εύκολη λύση του ψέματος προς ασθενή, που μόνο σε δεινά οδηγεί τελικά.

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

- αποτελεί μια Γροθιά στις χώρες την υποκρισία, που προτάσσει ως πρόσχημα το “να μην στενοχωρήσει” δήθεν τον άρρωστο. Τον ίδιο ακριβώς άρρωστο τον ταλαιπωρεί ανεπαισχυντα με τρόπους, των οποίων εκτίθενται μύριες πτυχές, ώστε να αποβληθούν από την κλινική πρακτική μια για πάντα...

ΠΑΡΛΑΠΑΝΗ Ε.

### ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ: ΑΝΟΣΙΑΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΚΑΙ 1ο ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Η εκδήλωση ενός πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου δημιουργεί συχνά δυσκολίες στη θέση μίας σίγουρης και οριστικής διάγνωσης. Ένα πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο μπορεί να σημαίνει την εκδήλωση κάποιας διαταραχής του φάσματος της σχιζοφρένειας ή κάποιας συναισθηματικής διαταραχής. Πρόσφατα, μελετητές υποστήριξαν ότι σε ένα σχετικά μικρό ποσοστό ασθενών που εκδηλώνουν για πρώτη φορά ψυχωτικά συμπτώματα, ανιχνεύονται αντισώματα που μπορεί να συσχετίζονται με ένα είδος εγκεφαλίτιδας. Υπό αυτήν την έννοια, τα ψυχωτικά συμπτώματα θα μπορούσαν να ερμηνευθούν στο πλαίσιο μίας ανοσολογικής απόκρισης που θεωρητικά μπορεί να αντιμετωπιστεί με ανοσοτροποποιητικά φάρμακα. Όμως αυτά τα ερευνητικά ευρήματα και οι θεραπευτικές υποθέσεις χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Η σχιζοφρένεια αποτελεί σύνδρομο, κάτι που σημαίνει ότι το παθοφυσιολογικό υπόστρωμα διαφέρει, αλλά η διαταραχή εκδηλώνεται με φαινοτυπικές ομοιότητες ανάμεσα σε διαφορετικούς ασθενείς. Η αιτιοπαθογένεια του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου στο πλαίσιο της σχιζοφρένειας έχει μελετηθεί από διαφορετικές ερευνητικές υποθέσεις. Ένα τμήμα της έρευνας εστίασε στις ανοσολογικού τύπου αντιδράσεις και ειδικότερα στη μεταβολή της ισορροπίας των επιπέδων κυτταροκινών στον ορό ασθενών. Ενδεικτικά, μία μελέτη ασθενών με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο στο πλαίσιο σχιζοφρένειας που δεν λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή έδειξε ότι τα επίπεδα ιντερφερόνης-γ (IFN-γ) και ιντερλευκίνης-6 (IL-6) στον ορό των ασθενών ήταν υψηλότερα συγκριτικά με αυτά υγιών μαρτύρων. Επιπροσθέτως, τα επίπεδα κυτταροκινών συσχετίζονταν με το σκορ στην κλίμακα θετικής και αρνητικής συμπτωματολογίας PANSS. Βέβαια, οι μελέτες που εστιάζουν στη δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος ως μηχανισμό παθογένεσης ενός πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου πρέπει να λαμβάνουν υπόψη άλλους παράγοντες που τροποποιούν την ανοσιακή απόκριση, όπως το stress και η αϋπνία, σημεία που συνοδεύουν πάντα την εκδήλωση ενός πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου, τροποποιούν επίσης την ανοσολογική απάντηση του οργανισμού και μπορεί να περιπλέκουν την ερμηνεία των ερευνητικών αποτελεσμάτων.

ΠΟΤΑΓΑΣ Κ.

### ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Υπάρχουν νοητικές διαταραχές στη σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ); Εάν ναι, είναι τυχαίες – αντίστοιχα και ανάλογα με την εντόπιση των λίγο έως πολύ τυχαίων βλαβών – όπως τα άλλα νευρολογικά ελλείμματα; Μήπως, αντίθετα, τα ελλείμματα είναι συγκεκριμένα και συστηματικά ή, έστω, υπάρχει κάποιο (ή κάποια) συγκεκριμένο πρότυπο (ή πρότυπα) νοητικών διαταραχών στη ΣΚΠ; Πώς θα μπορούσε να ερμηνευθεί ένα τέτοιο ενδεχόμενο σε έναν τόσο ετερογενή φαινοτυπικά (κλινικά και ακτινολογικά) πληθυσμό ασθενών; Τέλος, μπορούμε να μιλάμε για «άνοια» ή για «ανοική συνδρομή» στη ΣΚΠ; Τα παραπάνω ερωτήματα και η ανάγκη ερμηνείας των όποιων απαντήσεων βάσει των κλινικών δεδομένων αναδεικνύει την αναγκαιότητα του συστηματικού νευροψυχολογικού ελέγχου στους ασθενείς με ΣΚΠ, ανεξαρτήτως σχετικών αιτιάσεων. Επιπλέον, είναι αυτονόητη η ανάγκη επαρκούς καθορισμού των ελλειμμάτων του συγκεκριμένου ατόμου με στόχο τον σχεδιασμό μιας εφικτής και ωφέλιμης στρατηγικής αποκατάστασης.



## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

ΡΑΪΚΟΣ Ν.

### ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Η διαθεσιμότητα νέων ψυχοδραστικών ουσιών στην αγορά ναρκωτικών της Ευρώπης αυξήθηκε την τελευταία δεκαετία. Στις ουσίες αυτές συγκαταλέγονται συνθετικές ή φυσικές ουσίες οι οποίες δεν υπάγονται σε καθεστώς ελέγχου και συχνά παράγονται ειδικά με σκοπό να μιμηθούν τη δράση ελεγχόμενων ουσιών. Οι νέες ψυχοδραστικές ουσίες που κατάσχονται συχνότερα ανήκουν στην ομάδα των συνθετικών κανναβινοειδών και των συνθετικών παραγώγων καθιόνης, γεγονός που αντικατοπτρίζει τη σχετικά μεγάλη ζήτηση κάνναβης και διεγερτικών στην αγορά των παράνομων ουσιών. Η τοξικότητα των νέων ψυχοδραστικών ουσιών είναι άγνωστη, γεγονός που εγκυμονεί κινδύνους για τους χρήστες. Έχουν αναφερθεί περιστατικά μη θανατηφόρων τοξικώνσεων αλλά και θανάτων οφειλόμενα στην χρήση των νέων «ναρκωτικών». Η ταυτοποίηση των νέων ψυχοδραστικών ουσιών είναι το πρώτο βήμα για την αξιολόγηση των κινδύνων που αυτές εγκυμονούν και την υπαγωγή τους σε καθεστώς ελέγχου. Υπάρχουν δυσκολίες στην ανίχνευση των νέων ψυχοδραστικών ουσιών και των μεταβολιτών τους λόγω έλλειψης προτύπων ουσιών αναφοράς και απαίτησης ακριβούς επιστημονικού εξοπλισμού. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την ανίχνευση των νέων αυτών ουσιών, καθώς και στοιχεία του Εργαστηρίου μας σχετικά με δηλητηριάσεις με νέες ουσίες και της εργαστηριακής αντιμετώπισης αυτών.

ΡΑΜΝΑΛΗΣ Α.

### ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ: Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ, Η ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

#### ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΤΟ ΚΝΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥΣ

Αποτελεί ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο οι ασθενείς μετά ή και κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας να διαμαρτύρονται για λειτουργικές διαταραχές από το ΚΝΣ και κυρίως διαταραχές στην μνήμη και στην σκέψη γνωστές ως chemo brain ή brain fog. Οι συγκεκριμένες διαταραχές επηρεάζουν τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών αν και συχνά δεν επιβεβαιώνονται με τα χρησιμοποιούμενα νευροψυχολογικά τεστ. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι διαταραχές είναι ήπιες και υποχωρούν, αλλά σε ένα ποσοστό παραμένουν.

Στην εισήγηση μας θα επιδιώξουμε να αναπτύξουμε την πιθανή αιτιολογία των διαταραχών, τα συμπτώματα, αλλά και την ακριβή νευροψυχολογική φύση τους. Επίσης θα αναφερθούμε στην «ασυνέπεια» μεταξύ κλινικής εικόνας και ευρημάτων των νευροψυχολογικών δοκιμασιών προσπαθώντας να δώσουμε μια εξήγηση και αναλύοντας την έννοια της γνωστικής ανιρρόπησης. Τέλος θα παρουσιάσουμε τις διαθέσιμες παρεμβάσεις φαρμακευτικές και μη για την αντιμετώπιση των παρατηρούμενων διαταραχών με ξεκάθαρο στόχο την βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών.

ΡΙΖΟΣ Ε.

### ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Στη βιβλιογραφία απαντώνται αρκετές μελέτες για την επίδραση της αντιψυχωτικής θεραπείας στο ανοσολογικό σύστημα τόσο με άμεση αντιφλεγμονώδη δραστηριότητα όσο και με έμμεση προφλεγμονώδη δραστηριότητα. Χαρακτηριστική είναι μια μελέτη, στην οποία χορηγήθηκε ρισπεριδόνη με ταυτόχρονη καταμέτρηση επιπέδων κυτοκινών στο πλάσμα, όπου τις πρώτες εβδομάδες θεραπείας παρατηρήθηκε μείωση των επιπέδων ιντερλευκίνης 1β (IL-1β) και ιντερλευκίνης 6 (IL-6), ενώ μετά από θεραπεία διάρκειας 6 μηνών τα επίπεδα αυτά επανήλθαν στην αρχική τους τιμή, με ταυτόχρονη αύξηση του σωματικού βάρους των ασθενών.

Η χλωροπρομαζίνη ήταν το πρώτο αντιψυχωτικό φάρμακο γνωστό για την ανοσοκατασταλτική δράση του, ασκώντας προστατευτική δράση στην ενδοτοξική καταπληξία και αναστέλλοντας την

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

κντταροτοξικότητα που σχετίζεται με τα ανθρώπινα NK κύτταρα. Μελέτες έχουν συγκρίνει ακόμη την ανοσοκατασταλτική δράση της χλωροπρομαζίνης με εκείνη της δεξαμεθαζόνης. Ειδικότερα, ενώ η δεξαμεθαζόνη μείωσε τα επίπεδα των προ-φλεγμονωδών κυτοκινών στον ορό, όπως ο TNF- $\alpha$ , η IL-1 και η IL-6, η χλωροπρομαζίνη ενίσχυσε την αντιφλεγμονώδη ικανότητα του ορού, απελευθερώνοντας κυτοκίνες Th-2 τύπου όπως η IL-10. Σε άλλη έρευνα αναφέρεται επίσης, σημαντική βελτίωση στη ρευματοειδή αρθρίτιδα μετά από αγωγή με αλοπεριδόλη και υποτροπή των συμπτωμάτων μετά την απόσυρση του αντιψυχωτικού, η οποία αποδόθηκε στην αναστολή των προ-φλεγμονωδών κυτοκινών IL-1 και TNF- $\alpha$  που εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Άλλος μηχανισμός που φαίνεται να συμμετέχει στην ανοσοκατασταλτική δράση των αντιψυχωσικών περιλαμβάνει την ενίσχυση της παραγωγής της IL-1RA. Τόσο η αλοπεριδόλη όσο και η κλοζαπίνη αναφέρεται ότι αυξάνουν την παραγωγή της IL-1R A εκνίνο. Τέλος, τα επίπεδα πλάσματος της IL-6 φαίνεται να είναι σημαντικά χαμηλότερα μετά την αγωγή με αντιψυχωσικά.

ΣΑΜΑΚΟΥΡΗ Μ.

### ΔΙΑΣΧΙΣΤΙΚΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ-ΔΙΑΣΧΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διάσχιση ορίζεται ως η διατάραξη στις συνήθως απαρτιωμένες λειτουργίες της συνείδησης, της μνήμης, της ταυτότητας ή της αντίληψης του περιβάλλοντος. Τόσο τα διασχιστικά φαινόμενα όσο και οι διασχιστικές διαταραχές αποτελούν άγνωστο τόπο για τους περισσότερους κλινικούς η δε γνωριμία μαζί τους είναι συνήθως απλά ακαδημαϊκή. Παρά το γεγονός ότι περιγράφονται εκτενώς στα εκπαιδευτικά και διαγνωστικά εγχειρίδια και εμφανίζονται σε υψηλά ποσοστά τόσο σε κλινικούς όσο και σε μη-κλινικούς πληθυσμούς υπάρχει σοβαρή αμφιθυμία από μέρους της επιστημονικής και όχι μόνο κοινότητας στην ενασχόληση με αυτές αλλά και πολλές φορές ακόμη και στην αποδοχή της ύπαρξής τους. Τα ποσοστά άνω του 10% εμφάνισης διασχιστικών διαταραχών σε ψυχιατρικούς πληθυσμούς, η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης διασχιστικών συμπτωμάτων στο γενικό πληθυσμό αλλά και η διέυρυνση και απλοποίηση των κριτηρίων για τη διάσχιση στο DSM5 είναι κάποιοι από τους λόγους για τους οποίους είναι απαραίτητη η ενημέρωση των κλινικών στο συγκεκριμένο θέμα.

ΣΕΡΕΣΛΗΣ Κ.

### ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Αντικείμενο της ψυχοσωματικής ιατρικής είναι η θεραπεία ασθενών με συνυπάρχουσα σωματική και ψυχική νόσο, ψυχικών καταστάσεων που οφείλονται σε πρωτοπαθή σωματική κατάσταση ή στην θεραπεία της, όπως και ασθενών με σωματόμορφες διαταραχές.

Ο ειδικευόμενος που ασκείται στην ψυχοσωματική ιατρική, είτε στο πλαίσιο της συμβουλευτικής διασυνδυετικής ψυχιατρικής είτε στο πλαίσιο των ειδικών εξωτερικών ιατρείων έχει να αντιμετωπίσει καταστάσεις που ξεπερνούν τη συνήθη ρουτίνα της ψυχιατρικής ειδικότητας. Οφείλει να έχει καλή γνώση της ψυχιατρικής αλλά να ενημερώνεται και για θέματα που αφορούν ειδικότητες με τις οποίες συνεργάζεται. Οι λύσεις που καλείται να δώσει, και η προτεινόμενη αγωγή, πρέπει να σέβονται το θεράποντα συνάδελφο, και φυσικά τις ιδιαιτερότητες της παθολογίας του ασθενούς και της λαμβανόμενης φαρμακευτικής αγωγής.

Στην Α΄ Ψυχιατρική Κλινική παρέχεται στήριξη τόσο σε επίπεδο εκπαίδευσης όσο και ατομικής και ομαδικής επίβλεψης. Όμως οι καταστάσεις απαιτούν από τον ειδικευόμενο γρήγορη προσαρμογή και ενασχόληση με την ψυχοσωματική ιατρική από την αρχή της ειδικότητας. Για παράδειγμα, ως εφημερεύων οφείλει να καλύπτει ανάγκες στην ψυχιατρική κλινική αλλά παράλληλα και ανάγκες των άλλων κλινικών στο πλαίσιο της συμβουλευτικής.

Οι ιδιαιτερότητες του πεδίου, όπως η συνοσηρότητα, οι δυσκολίες της ψυχιατρικής εκτίμησης (χώρος, σύντομος σχετικά χρόνος, ποικίλοι στρεσογόνοι παράγοντες), το επείγον και η αναγκαιότητα

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

λήψης αποφάσεων με ελλιπή στοιχεία, η αναγκαιότητα συνυπολογισμού φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων, το ιδιαίτερο συναισθηματικό φορτίο συγκεκριμένων κατηγοριών ασθενών (π.χ. ασθενείς τελικού σταδίου), οι πιέσεις εκ μέρους των συναδέλφων, το στίγμα... απαιτούν εκτός της ειδικής εκπαίδευσης, συνεχή ετοιμότητα, μα και αντοχή.

ΣΙΔΗΡΑΣ Χ.

### Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΚΟΥΣΤΙΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ

Πλήθος μελετών έχουν καταδείξει την σχέση μεταξύ μουσικού ρυθμού και γλώσσας. Οι μελέτες αυτές προκύπτουν από διαφορές γραμμές έρευνας, και αφορούν την ύπαρξη ρυθμού στην ομιλία, το 'κούρδισμα' του ακουστικού φλοιού σε αυτούς τους ρυθμούς, θεωρίες και μοντέλα πρόσληψης ομιλίας, την σχέση μεταξύ ανάγνωσης και αντίληψης ρυθμού, θεωρίες προσοχής και μελέτες επίδρασης παρουσίας ρυθμού στην γλωσσική επεξεργασία. Στα πλαίσια της λειτουργίας του εργαστηρίου μας αναπτύχθηκε μια πρωτότυπη ψυχοακουστική δοκιμασία (Word Recognition - Rhythm Component, WRRC), μέσω της οποίας μελετήθηκε σε παιδιά 10 και 11 ετών η επίδραση σειρών χτύπων με διαφορετικά ρυθμικά χαρακτηριστικά, στην αναγνώριση λέξεων παρουσία θορύβου. Τα αποτελέσματα έδειξαν βελτίωση της αναγνώρισης όταν η σειρά χτύπων είναι ρυθμική και συγχρονισμένη με την λέξη, αλλά όχι όταν η σειρά είναι μη συγχρονισμένη. Τα αποτελέσματά μας είναι συμβατά με τις υπάρχουσες θεωρίες προσοχής, δεδομένα της νευροεπιστήμης, και μοντέλα αντίληψης ομιλίας, και δείχνουν την επίδραση του ρυθμού στην επεξεργασία ομιλίας σε ένα επίπεδο χαμηλότερο από όσα έχει δείξει μέχρι τώρα η διεθνής βιβλιογραφία.

ΣΟΥΜΠΑΡΑ Μ.

### ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΣΤΙΣ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ. ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ: ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΝΕΑΡΟ ΕΝΗΛΙΚΑ

*Μ. Σουμπάρα, Μ. Σίμου, Ι. Παπαγεωργίου, Γ. Σίμος*

*Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας  
και Ελληνική Εταιρεία Γνωστικής Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας*

**Εισαγωγή:** Ο εκφοβισμός φαίνεται πως αποκτά επιδημικές διατάσεις, καθώς ένα στα τρία παιδιά αναφέρει πως πέφτει θύμα εκφοβισμού. Οι βραχυ- και μακρο-πρόθεσμες συνέπειες μιας τέτοιας συμπεριφοράς αφορούν-μεταξύ των άλλων- προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως κατάθλιψη, άγχος, αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές ή αυτοκτονικότητα.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης του εκφοβισμού στην παιδική ηλικία με την επιθετικότητα και την αυτοεκτίμηση στην νεαρή ενήλικη ζωή.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Το δείγμα αποτέλεσαν 322 νεαροί ενήλικες (82% γυναίκες) μέσης ηλικίας 22 ετών οι οποίοι συμπλήρωσαν μέρος της Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire, την κλίμακα Resentment and Aggression του MMPI, καθώς και την κλίμακα Αυτό-εκτίμησης του Rosenberg.

**Αποτελέσματα:** Στους άνδρες η Επιθετικότητα συσχετίστηκε θετικά μόνο με την εμπειρία του θύματος και όχι και του θύτη, ενώ η χαμηλή αυτο-εκτίμηση με την εμπειρία και του θύματος και του θύτη. Στις γυναίκες η Επιθετικότητα συσχετίστηκε θετικά με την εμπειρία και του θύματος και του θύτη, ενώ η χαμηλή αυτό-εκτίμηση με την εμπειρία μόνο του θύματος. Η σχέση υψηλής επιθετικότητας και χαμηλής αυτο-εκτίμησης ήταν σημαντική και στα δύο φύλα. Στις αναλύσεις βηματικής ταυινόδρομησης που ακολούθησαν έγινε προσπάθεια ταυινόδομησης πιθανών αιτιολογικών σχέσεων με ενδιαφέροντα αποτελέσματα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

**Συμπεράσματα:** Οι εμπειρίες εκφοβισμού, είτε από τη θέση του θύματος, είτε από τη θέση του θύτη, έτσι όπως ανακαλούνται από τον νεαρό ενήλικα, συσχετίζονται σημαντικά με την επιθετικότητα και την αυτοεκτίμηση του νεαρού ενήλικα, με έναν διαφορετικό τρόπο στα δύο φύλα. Η εμπειρία του θύτη στην παιδική ηλικία προβλέπει το βαθμό επιθετικότητας του νεαρού ενήλικα, ενώ η εμπειρία του θύματος επηρεάζει έμμεσα την επιθετικότητα διαμέσου της διαμόρφωσης χαμηλής αυτοεκτίμησης.

### ΣΠΥΡΙΔΟΠΟΥΛΟΥ Θ. Ο ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ Σ-Δ Ψ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

Η ΣΔΨ είναι μια νέα υποειδικότητα της Ψυχιατρικής η οποία ασχολείται με την αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων σε σωματικά πάσχοντες. Είναι μια σημαντική υπηρεσία του Γενικού Νοσοκομείου ως προς την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στους ασθενείς σύμφωνα με τις επιταγές του νέου Υγειονομικού Μοντέλου. Η ΣΔΨ απλώνεται γεωγραφικά σε όλο το νοσοκομείο και ως εκ τούτου απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητά της είναι η στενή συνεργασία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των άλλων τμημάτων. Ιδιαίτερη βαρύτητα στη λειτουργία της και την επίτευξη των στόχων της έχει η ενεργητική συμμετοχή των νοσηλευτριών.

Ο ρόλος των νοσηλευτριών στην ομάδα της ΣΔΨ μαζί με τον ψυχίατρο και τον ψυχολόγο είναι απαραίτητος και πολυδιάστατος. Η ΣΔΨ δημιουργεί ένα εκτεταμένο δίκτυο επικοινωνίας με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου εγχείρημα από μόνο του δύσκολο που απαιτεί τη σύμπραξη πολλών ατόμων και τον κύριο ρόλο στο συντονισμό του μπορεί να επωμισθεί η ΣΔΨ-νοσηλεύτρια. Επίσης μπορεί να αξιολογήσει, να ανιχνεύσει, να διαγνώσει και να συμμετάσχει στον σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών των ασθενών που νοσηλεύονται για σωματική νόσο, αξιοποιώντας εξειδικευμένες γνώσεις και παρέχοντας συμβουλευτική υποστήριξη στο υπόλοιπο προσωπικό, στον ασθενή και στους συγγενείς του.

Στην προσπάθεια να δημιουργηθεί ένα ευέλικτο δίκτυο συνεργασίας αλλά και στην ευαισθητοποίηση για έγκαιρη ανίχνευση των ψυχικών αναγκών των ασθενών, η ΣΔΨ νοσηλεύτρια αναλαμβάνει και εκπαιδευτικό ρόλο μεταδίδοντας εξειδικευμένη γνώση στους επαγγελματίες υγείας είτε μέσα από την καθημερινή κλινική πράξη και συνεργασία είτε μέσω ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Παρότι γίνεται εύκολα αντιληπτή η αναγκαιότητα της συμμετοχής των νοσηλευτριών στο έργο της ΣΔΨ, ο χώρος αυτός είναι η μοναδική υπηρεσία υγείας στην Ελλάδα που δεν απασχολεί νοσηλεύτες, λόγω ίσως της γνωστής ποσοτικής ανεπάρκειας του νοσηλευτικού προσωπικού, τη στιγμή που σε χώρες του εξωτερικού απασχολείται διψήφιος αριθμός νοσηλευτριών στις ομάδες ΣΔΨ. Εξακολουθεί όμως ο νοσηλευτικός ρόλος να παραμένει αναντικατάστατος σε μια σημαντική υπηρεσία για το Γενικό Νοσοκομείο και πρέπει με κάθε τρόπο να υποστηριχθεί.

### ΣΥΓΓΕΛΑΚΗΣ Μ. ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΙΑΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗΣ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ [2004-2016]

Ως Ψυχοσωματική Ιατρική (Psychosomatic Medicine) αναφέρεται το πεδίο της ψυχιατρικής που καλύπτει το 'κενό' ανάμεσα στις παθολογικές/χειρουργικές ειδικότητες και την κλασική ψυχιατρική. Αφορά κυρίως χρόνιους ασθενείς και ηλικιωμένους, πάσχοντες από οργανικά ψυχοσύνδρομα (άνοια, delirium), ασθενείς με σοβαρή σωματική και ψυχική συνοσηρότητα, και καταστάσεις που στο παρελθόν ονομάζαμε ψυχοσωματικές. Κύριος στόχος της είναι η εκπαίδευση / κάλυψη συναδέλφων άλλων ειδικοτήτων ώστε να ασχοληθούν με ψυχικές διαστάσεις της σωματικής ασθένειας. Το πλαίσιο λειτουργίας εντάσσεται στη συνεργατική βιοψυχοκοινωνική αντιμετώπιση (multidisciplinary approach, collaborative/integrated care).

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

Η Μονάδα Ψυχοσωματικής Ιατρικής δομήθηκε σταδιακά μετά τη μετεγκατάσταση της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής στο Γ.Νοσοκομείο, το 2004. Σήμερα αποτελεί μια πρωτοποριακή Μονάδα που απαρτίζεται από Συμβουλευτική Υπηρεσία, Διασυνδεδετική (Ψυχοογκολογικό, Ψυχογενεφρολογία), Εξωτερικό Ιατρείο, και έχει δυνατότητα ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας. Λειτουργεί επίσης Τμήμα Διαταραχών Διατροφής που καλύπτει και βariatρικές επεμβάσεις, όπως και τη Μονάδα Αντιμετώπισης Αυτοκαταστροφικής Συμπεριφοράς.

Απασχολεί πλήρως έναν ψυχίατρο και δυο ΣΔΨ νοσηλεύτριες (/ψυχολόγος/εκπ.ψυχοθεραπεύτρια), αν και το σύνολο σχεδόν των μελών της Κλινικής συνεπικουρούν. Παιδιατρικά περιστατικά καλύπτονται από ψυχολόγους της Κλινικής.

Απολογιστικά, το 2015 είχε 3370 επισκέψεις /1592 ασθενών, με πιο δραστήρια τμήματα τη Συμβουλευτική (n=1705) και το Ψυχοογκολογικό (n=802), ενώ παρέιχε 112 νοσηλείες.

Αναπόσπαστο μέρος της λειτουργίας της είναι η εκπαίδευση μη σχετιζόμενων με την ψυχική υγεία υγειονομικών, τόσο μέσω της καθημερινής πρακτικής, όσο και μέσω οργανωμένων σεμιναρίων (κυρίως προς Νοσηλευτές και Γενικούς Ιατρούς). Η εκπαίδευση, όπως και η όλη συνεργασία, συχνότατα γίνεται μέσω του ενδονοσοκομειακού πληροφοριακού συστήματος.

Σε ερευνητικό επίπεδο υπάρχουν συνεργασίες με το National Comprehensive Cancer Network (σε συνεργασία με Νοσηλευτική Υπηρεσία, μέσω Προγράμματος 'Γέφυρες'), όπως και με την European Association of Psychosomatic Medicine.

### ΤΖΙΚΟΣ Α.

#### **ΔΙΑΣΧΙΣΤΙΚΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ-ΔΙΑΣΧΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: ΔΙΑΣΧΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ**

Οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν είναι εξοικειωμένοι με τα διασχιστικά φαινόμενα και τις διασχιστικές διαταραχές, η δε ενημέρωσή τους για το θέμα γίνεται, συχνά, από μη επιστημονικές πηγές όπως τα ΜΜΕ. Ιδιαίτερα, η Διασχιστική Διαταραχή της Ταυτότητας ή Πολλαπλή Προσωπικότητα παρουσιάζεται πολλές φορές τόσο στα έντυπα και ηλεκτρονικά μέσα, όσο και στην τηλεόραση και τον κινηματογράφο ως μια διαταραχή άκρως επικίνδυνη για το άτομο και τους άλλους ενώ πολλάκις συγχέεται με τη Σχιζοφρένεια και χρωματίζεται με το στίγμα της επικινδυνότητας που η τελευταία κουβαλά. Από την έρευνά μας σε μελέτες, δεν προέκυψε αυξημένη επικινδυνότητα στα άτομα με διασχιστικές διαταραχές. Το θέμα του καταλογισμού αλλά και της πιθανής προσποίησης του ατόμου που παρουσιάζει διάσχιση περιπλέκουν την εικόνα τόσο ιατρικός όσο και νομικός. Έτσι, οι περιπτώσεις παραβατών με Διασχιστική Διαταραχή της Ταυτότητας δημιουργούν δυσκολίες τόσο στην ψυχιατρική κοινότητα όσο και στο δικαστικό κλάδο, μιας και είναι δύσκολο να αποφασιστεί η ικανότητα προς καταλογισμό σε ένα άτομο που φέρεται να εμφανίζεται ως πολλαπλά, διακριτά ή όχι μεταξύ τους άτομα.

### ΤΟΥΠΟΥ Χ.

#### **ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΣΤΙΣ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΠΟΥ ΣΥΝΕΙΣΦΕΡΟΥΝ ΣΤΟΝ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

*Χ. Τούπου, Ν. Γούσιου, Γ. Σίμου*

*Κέντρο Συμβουλευτικής και Στήριξης Φοιτητών του Πανεπιστημίου Μακεδονίας  
και Ελληνική Εταιρεία Γνωστικής Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας*

Η παρούσα ανασκόπηση εστιάζει στη μελέτη των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων που μπορεί να συνεισφέρουν στην πρόκληση και αύξηση του φαινομένου του εκφοβισμού (bullying) στην παιδική

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

ηλικία. Αφού δίνεται ο ορισμός του εκφοβισμού και των διαφόρων μορφών του, παρουσιάζονται οι έρευνες που ασχολήθηκαν με το θέμα αυτό και ιδιαίτερα με τα αίτια της πρόκλησης και έξαρσης του φαινομένου, καθώς και τα όσα στάθηκαν αφορμή για περαιτέρω συστηματική μελέτη.

Συχνά το φαινόμενο του εκφοβισμού είναι έντονο τόσο στο σχολικό πλαίσιο, όσο και στην όψιμη παιδική ηλικία, μια ηλικία στην οποία οι αλλαγές στη βιολογική ανάπτυξη των παιδιών, αλλά και η εισαγωγή της κοινωνικής ομάδας των συνομηλίκων στη ζωή τους αποτελούν τη βάση στην οποία οικοδομούνται οι αλλαγές στον γνωστικό και ακαδημαϊκό τομέα, στην κοινωνικότητα και την αίσθηση του εαυτού. Οι αλλαγές αυτές, αλλά όχι μόνο, καθιστούν τα παιδιά πιο επιρρεπή στο να εμπλακούν σε επιθετικές συμπεριφορές με τους συνομηλίκους τους.

Συμπεριφορές επιθετικότητας, αλλά και θυματοποίησης στην παιδική ηλικία προκύπτουν από την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων. Ο ρόλος της οικογένειας, του εκπαιδευτικού, της σχολικής κοινότητας και του ευρύτερου κοινωνικού πλαισίου, ατομικοί παράγοντες (φύλο, εμφάνιση, αναπηρίες εθνοπολιτισμική ετερότητα, ψυχολογικά προβλήματα, αυτοεκτίμηση, κοινωνικοοικονομική θέση), γενετικοί παράγοντες, ο ρόλος των ηλεκτρονικών παιχνιδιών και γενικότερα των Μ.Μ.Ε., καθώς και προηγούμενες εμπειρίες θυματοποίησης ή κακοποίησης των παιδιών από κάποιον ενήλικα αποτελούν τους συνήθεις παράγοντες.

Οι παραπάνω παράμετροι εξετάζονται από την οπτική του θύματος, αλλά και του θύτη, καθώς και από την σκοπιά των παιδιών που έτυχε να πρωταγωνιστούν και ως θύματα και ως θύτες σε επεισόδια εκφοβισμού.

ΤΣΕΚΕΡΙΔΟΥ Π.

### ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

**Ιστορικό:** Οι νοσηλεύτες που έρχονται σε επαφή με ογκολογικούς ασθενείς αντιμετωπίζουν ηθικά διλήμματα, που αφορούν την επικοινωνία που σχετίζεται με την πρόγνωση και την έκβαση της ασθένειας. Οι νοσηλεύτες βιώνουν αβεβαιότητα και φραγμούς στην παροχή ποιοτικής, ανακουφιστικής και παρηγορητικής αγωγής που αφορά τους ογκολογικούς ασθενείς συνεπώς χρειάζονται περισσότερη πληροφόρηση σχετικά με την αναγνώριση και την διαχείριση αυτών των διλημάτων και τη διευκρίνιση του ρόλου τους σε τέτοιες περιστάσεις.

**Στόχος:** Ο σκοπός είναι να περιγράψει η συχνότητα και τα είδη των ηθικών διλημάτων που βιώνουν οι νοσηλεύτες που έρχονται σε επαφή και φροντίζουν καρκινοπαθείς.

**Αποτελέσματα:** Τα πιο συχνά αναφερόμενα ηθικά διλήμματα περιέχουν αβεβαιότητα και φραγμούς στην πληροφόρηση της αλήθειας, οικογενειακή και πολιτισμική διάσταση και ματαιότητα. Οι ομάδες των γιατρών – νοσηλευτών θεωρούνται οι βέλτιστες για τη μεταφορά της πληροφόρησης που σχετίζεται με την πρόγνωση της ασθένειας. Οι νοσηλεύτες προσφέρουν κάποιες στρατηγικές για τη διευκόλυνση αυτής της επικοινωνίας. Επίσης εκφράζουν και την ανάγκη τους για περισσότερη εκπαίδευση σε σχέση με θέματα που αφορούν την πρόγνωση της έκβασης της ασθένειας, έτσι ώστε να επιτευχθεί η σωστή μεταβίβαση της πληροφόρησης.

**Συμπεράσματα:** Οι νοσηλεύτες που ασχολούνται με ογκολογικούς ασθενείς βιώνουν ηθικά διλήμματα και υπάρχει η ανάγκη για τη διευκρίνιση του ρόλου τους υπό αυτές τις συνθήκες. Οι πάροχοι υγείας θα επωφεληθούν από ακαδημαϊκή εκπαίδευση που αφορά το χειρισμό της ενημέρωσης των ασθενών σε θέματα πρόγνωσης και τελικής έκβασης της ασθένειας. Επίσης ο νοσηλευτής εστιάζει στην ολιστική προσέγγιση του ογκολογικού ασθενή ώστε να μπορεί να διαχειριστεί θέματα οικογενειακής διάστασης και την κατανόηση πολιτισμικών αποκλίσεων που σχετίζονται με την ασθένεια και τον θάνατο.

ΤΣΙΓΚΟΣ Γ.

## ΜΟΝΑΔΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η Μονάδα Αντιμετώπισης Αυτοκαταστροφικής Συμπεριφοράς έχει ως στόχο την ψυχιατρική εκτίμηση και κάλυψη των αυτοκτονικών αποπειρών που νοσηλεύονται στο ΓΝ Παπαγεωργίου.

Μέσω στενής συνεργασίας κυρίως με το νοσηλευτικό προσωπικό του ΤΕΠ, αλλά και με το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό των Παθολογικών/Χειρουργικών Κλινικών του Νοσοκομείου η Μονάδα φιλοδοξεί να εκτιμά το σύνολο των προσερχόμενων στο Νοσοκομείο αποπειρών. Η συνεργασία, που συνήθως απαιτεί άμεση συμβουλευτική κάλυψη των Κλινικών, στηρίζεται και υποβοηθείται από το ενδονοσοκομειακό σύστημα της πληροφορικής.

Εκτός της εκτίμησης η Μονάδα χειρίζεται τη μετέπειτα πορεία των ασθενών είτε μέσω νοσηλείας στην Ψυχιατρική Κλινική, όπου απαιτείται είτε με άμεση παραπομπή στον θεράποντα ψυχίατρο και ελλείψει αυτού δίνεται τουλάχιστον ένα πρώτο ραντεβού εντός δεκαήμερου στα Εξωτερικά Ιατρεία.

Αναφέρονται επίσης προοπτικές, αλλά και δυσκολίες συνεργασίας στο Γενικό Νοσοκομείο για αυτήν την ιδιαίτερη ομάδα ασθενών. Επίσης παρουσιάζονται ερευνητικά δεδομένα από το Αρχείο της Μονάδας.

ΤΣΙΛΙΓΓΙΡΗ Χ.

## ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΣΤΙΣ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ. ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ

*Χ. Τσιλιγγίρη, Μ. Θεοχαρίδου, Γ. Σίμος*

*Κέντρο Συμβουλευτικής και Στήριξης Φοιτητών του Πανεπιστημίου Μακεδονίας και Ελληνική Εταιρεία Γνωστικής Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας*

Τα τελευταία χρόνια το ερευνητικό ενδιαφέρον για το φαινόμενο του εκφοβισμού έχει στραφεί στη μελέτη των μακροπρόθεσμων συνεπειών του εκφοβισμού τόσο κατά την παιδική ηλικία, όσο και στην ενήλικη ζωή του ατόμου. Πληθώρα ερευνών αναδεικνύει τη σύνδεση των εμπειριών εκφοβισμού με αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική αλλά και τη σωματική υγεία.

Οι εμπειρίες εκφοβισμού στην παιδική ηλικία σχετίζονται με συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικού ιδεασμού, φτωχή ακαδημαϊκή επίδοση, καθώς επίσης και με ψυχωσικά συμπτώματα. Οι αρνητικές συνέπειες του εκφοβισμού αφορούν τόσο τα θύματα όσο και τους θύτες του εκφοβισμού, με τα άτομα που έχουν βιώσει/υποστεί εκφοβισμό να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση διαταραχών συναισθήματος. Οι συμπεριφορές εκφοβισμού, από την άλλη, φαίνεται να συνδέονται με προβλήματα συμπεριφοράς, συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ οι μελέτες για τη σύνδεση τους με την εκδήλωση μελλοντικής εγκληματικής συμπεριφοράς παρουσιάζουν αντικρουόμενα συμπεράσματα. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν ερευνητικά αποτελέσματα για την κατηγορία των θυμάτων εκφοβισμού που στη συνέχεια γίνονται θύτες. Αν και η κατηγορία αυτή δεν εντοπίζεται σε πολλές μελέτες, έχει φανεί ότι τα άτομα αυτά μπορεί να έχουν σημαντικά αρνητικότερες συνέπειες όσον αφορά την ψυχική τους υγεία.

Ένα γενικό συμπέρασμα φαίνεται να είναι ότι οι εμπειρίες εκφοβισμού μπορεί να αποτελέσουν σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για τον κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων, καθώς οι συνέπειες τους φαίνεται ότι μπορούν να εντοπιστούν μέχρι και στην ενήλικη ζωή. Διαχρονικές μελέτες για την περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης αυτής θα συμβάλουν στη διερεύνηση των μηχανισμών που οδηγούν στις συνέπειες αυτές και την πρόληψή τους.

ΦΑΚΑ Α.

## ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΣΤΙΣ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ. ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΑΤΡΟΦΗΣ

Α. Φάκα, Α. Δεληθανάση, Γ. Σίμος

*Κέντρο Συμβουλευτικής και Στήριξης Φοιτητών του Πανεπιστημίου Μακεδονίας και Ελληνική Εταιρεία Γνωστικής Συμπεριφορικής Ψυχοθεραπείας*

**Εισαγωγή:** Οι εμπειρίες εκφοβισμού αποτελούν ένα φαινόμενο που αφορά μέχρι και τα μισά παιδιά και εφήβους παγκοσμίως. Ένας ορισμός του εκφοβισμού θα μπορούσε να είναι αυτός όπου ένας μαθητής θυματοποιείται, εκτίθεται επανειλημμένα σε αρνητικές πράξεις από ένα ή περισσότερα παιδιά με σκοπό την σωματική ή λεκτική επιβολή. Ποικίλοι παράγοντες εμπλέκονται στην πιθανότητα να είναι κάποιος θύμα ή θύτης. Συγκεκριμένες, για παράδειγμα, γονεϊκές στρατηγικές πειθαρχίας στην ανατροφή του παιδιού φαίνεται ότι μπορεί να σχετίζονται.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των εμπειριών εκφοβισμού στην παιδική ηλικία σε σχέση με το πλαίσιο ανατροφής.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Στην έρευνα συμμετείχαν 310 ενήλικες στους οποίους χορηγήθηκαν μέρος από το ερωτηματολόγιο Olweus Bully/Victim Questionnaire (OBVQ) και μια τροποποιημένη μορφή του ερωτηματολογίου Parenting Scale.

**Αποτελέσματα:** Σε ότι αφορούσε εμπειρίες θύματος και θύτη στην παιδική ηλικία, αυτές συσχετίστηκαν σημαντικά με δυσλειτουργικά γονικά πρότυπα ανατροφής. Από τους τύπους δυσλειτουργικής ανατροφής (Επιτρεπτικότητα, Υπερ-αντιδραστικότητα, Πολυλογία) πιο σημαντικός ήταν αυτός της Υπερ-αντιδραστικότητας, με σημαντικές συσχετίσεις με τις εμπειρίες θύματος, όσο και θύτη, ενώ η γονεϊκή Πολυλογία βρέθηκε να έχει αρνητική συσχέτιση με τις εμπειρίες των παιδιών ως θύτες. Η μελέτη της σχέσης ανάμεσα στα πρότυπα ανατροφής και το είδος του εκφοβισμού (λεκτικός, σωματικός, έμμεσος) έδωσε επίσης ενδιαφέρουσες σχέσεις με όλους τους τύπους δυσλειτουργικής ανατροφής, με την Υπερ-αντιδραστικότητα να παραμένει η πλέον σημαντική στο επίπεδο και του θύματος και του θύτη.

**Συμπεράσματα:** Δυσλειτουργικές συμπεριφορές ανατροφής- και ιδιαίτερα η Υπερ-αντιδραστικότητα, συμπεριφορά δηλαδή των γονέων που επικοινωνεί θυμό, κακία ή ευερεθιστότητα- σχετίζονται με εμπειρίες εκφοβισμού ως θύματος ή θύτη.

ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗΣ Κ. Ν.

## ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΕ ΔΕΔΟΜΕΝΑ (EVIDENCE-BASED PSYCHIATRY)

Με την εμφάνιση της Βασισμένης σε Δεδομένα Ιατρικής τη δεκαετία του 1990, ένας μεγάλος αριθμός ιατρικών πράξεων και μεγάλο κομμάτι της κλασικής ιατρικής γνώσης αμφισβητήθηκε ή καταρρίφθηκε, ενώ επίσης πρακτικές όπως η ομοιοπαθητική βρέθηκαν να απορρίπτονται επισήμως πλέον από μεγάλους διεθνείς οργανισμούς. Η ψυχιατρική εμφανίζει μια αυξημένη δυσκολία να ακολουθήσει το δρόμο της βασισμένης σε δεδομένα, όμως το γεγονός ότι βασίστηκε για πολλές δεκαετίες κυρίως σε θεωρίες και στο ειδικό βάρος προσωπικοτήτων έχει ως αποτέλεσμα τη συσσώρευση ενός βαρύτατου φορτίου απόψεων και προσεγγίσεων οι οποίες ενδεχομένως να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Σήμερα υπάρχει σημαντικός αριθμός κυρίως ακαδημαϊκών οι οποίοι προσπαθούν να εφαρμόσουν τη βασισμένη σε δεδομένα προσέγγιση πάντα σε δημιουργικό συνδυασμό της με την κλινική εμπειρία και πράξη και τη αλληλεπίδραση μεταξύ των δυο αυτών πηγών γνώσης. Οι κοινωνικοπολιτικές και οικονομικές δυνάμεις που κυριαρχούν είναι σαφές ότι απαιτούν βασισμένη σε δεδομένα προσέγγιση και στο πλαίσιο αυτό ολόκληρη η έρευνα, διδασκαλία και κλινική ψυχιατρική πράξη θα τροποποιηθούν στο εγγύς μέλλον.



## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΩΝ

ΧΑΤΖΗΒΑΛΣΑΜΑ Π.

### **ΜΕΣΑ, ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ ΚΑΙ ΔΙΑΜΕΣΑ: Η ΖΩΗ ΣΕ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΟΓΝΩΝ. Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΕΝΟΧΛΗΣΗ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΕΟΓΝΩΝ**

Για την ανίχνευση της ψυχολογικής δυσφορίας και των σωματικών συμπτωμάτων διαλέξαμε την κλίμακα General Health Questionnaire (GHQ-12) την μορφή με 12 ερωτήσεις που είναι αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την ψυχολογική επιβάρυνση στο χώρο εργασίας. Μελετήσαμε την επίδραση της ψυχολογικής παρενόχλησης στην υγεία του προσωπικού και την σχέση της ψυχολογικής υποστήριξης με τα προηγούμενα.

ΧΑΤΖΗΩΑΝΝΙΔΗΣ Η.

### **ΜΕΣΑ, ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ ΚΑΙ ΔΙΑΜΕΣΑ: Η ΖΩΗ ΣΕ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΝΕΟΓΝΩΝ. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΝΟΧΛΗΣΗ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΕΟΓΝΩΝ**

Σκοπός της πολυκεντρικής μελέτης αποτέλεσε η καταγραφή του φαινομένου της ψυχολογικής παρενόχλησης στο εργασιακό περιβάλλον (workplace bullying) στις 20 δημόσιες νεογνολογικές κλινικές πανελλαδικά. Για την μελέτη των αρνητικών συμπεριφορών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Negative Acts Questionnaire-Revised. Επιπλέον διερευνήσαμε την προέλευση, την αναγνώριση και την αντιμετώπιση του φαινομένου από το προσωπικό των μονάδων.



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

ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ: Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd.

ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΟΥ ΚΑΤΟΧΟΥ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:

Lundbeck Hellas S.A. Τηλ.: +30 210 610 5036



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



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 κάτοχο της άδειας κυκλοφορίας κατόπιν αιτήσεως.**

1 ΦΟΡΑΤΟ ΜΗΝΙΑ

**Abilify Maintena<sup>®</sup>**  
(aripiprazole) ενέσιμο παρατεταμένου απόδέσμευσης

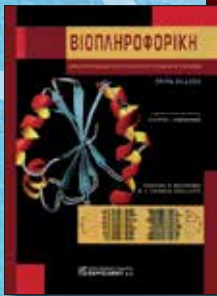
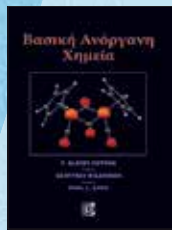
400mg



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ  
**ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.**

www.parisianou.gr • medbooks@parisianou.gr

Ακολουθήστε μας



Κατάστημα  
**“Μαρία Γ. Παρισιάνου”**  
Ναυαρίνου 20  
106 80 Αθήνα  
Τηλ.: 210 36 10 519  
210 36 15 047  
Fax: 210 36 16 424

Υποκατάστημα  
**“Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος”**  
Μικράς Ασίας 76  
115 27 Γουδή  
Τηλ./Fax: 210 74 75 275

Υποκατάστημα  
**Θεσσαλονίκης**  
Παναγίας Δέξιας 5  
546 35 Θεσσαλονίκη  
Τηλ.: 2310 200 717  
Fax: 2310 200 767

**Γραφικές Τέχνες**  
Ιωάννη Ράλλη 21  
144 52 Μεταμόρφωση  
Τηλ.: 210 28 15 902  
210 28 55 183  
Fax: 210 28 17 264

Πολυχώρος  
**ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.**  
Συρού 2 & Τήνου  
144 52 Μεταμόρφωση  
Τηλ.: 210 28 47 711  
6945 392 000  
Fax: 210 28 17 264

An impressionistic painting of a seascape. The sky is filled with soft, blended colors of grey, blue, and green, suggesting a cloudy or overcast day. The sea below is depicted with similar soft, textured brushstrokes in shades of blue, green, and white, capturing the movement of waves. In the foreground, there are dark, rocky formations. A bright yellow horizontal band is superimposed across the middle of the image, containing the text.

Αναρτημένες  
Ανακοινώσεις

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΡΟ.01 ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ

**Δ.-Χ. Παρτσανάκη, Γ. Καλέμη, Α. Δουζένης**

*Β' Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. Αττικών*

**Εισαγωγή:** Η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική πρόκειται για έναν κλάδο της ψυχιατρικής που ασχολείται με τη διαχείριση των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου, οι οποίοι, αν και αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας, διαγιγνώσκονται με ψυχολογικά προβλήματα. Απαρτίζεται συνήθως από μια διεπιστημονική ομάδα, στη οποία σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και ο ψυχολόγος.

**Σκοπός:** Ο στόχος της εργασίας αυτής είναι να αποσαφηνιστεί ο ρόλος του ψυχολόγου και η συνεισφορά του στη φροντίδα των ασθενών που αναλαμβάνει η ομάδα της Διασυνδεδετικής.

**Υλικό-Μέθοδος:** Για τη μελέτη αυτής της θεματολογίας, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης σε επιστημονικά άρθρα και βιβλία που προέρχονται τόσο από την ελληνική όσο και από τη διεθνή βιβλιογραφία.

**Αποτελέσματα:** Ο ψυχολόγος της Διασυνδεδετικής παρέχει βοήθεια σε πολλά επίπεδα και με ποικίλους τρόπους. Υιοθετεί ποικίλες προσεγγίσεις και αναλαμβάνει ένα σύνολο περιστατικών με διαφορετική παθολογία και διαφορετικές ανάγκες. Παρέχει συμβουλευτική και υποστηρικτική θεραπεία τόσο στους ίδιους τους ασθενείς όσο και στην οικογένειά τους, ακόμα και στο υπόλοιπο προσωπικό. Έρχεται αντιμέτωπος με μια πληθώρα προκλήσεων, ενώ πολύ συχνά καλείται να αντιμετωπίσει περιστατικά, τα οποία βρίσκονται ένα βήμα πριν το θάνατο.

**Συμπεράσματα:** Ο ψυχολόγος της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής, αν και εργάζεται αυτόνομα, αποτελεί μέλος της διεπιστημονικής ομάδας και συνεισφέρει σε σημαντικό βαθμό στη θεραπεία και στην υποστήριξη των ασθενών, που νοσηλεύονται στο Γενικό Νοσοκομείο.

### ΡΟ.02 ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΓΟΝΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

**Δ.-Χ. Παρτσανάκη, Γ. Καλέμη, Α. Δουζένης**

*Β' Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. Αττικών*

**Εισαγωγή:** Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που εκδηλώνεται σε ποσοστό 1-2% του γενικού πληθυσμού. Αν και τα αίτια είναι ποικίλα, μεγάλη βαρύτητα έχει δοθεί ερευνητικά στον παράγοντα της κληρονομικότητας. Οι πρώτου βαθμού συγγενείς των ασθενών αυτών έχουν διάγνωση εντός του ψυχωτικού φάσματος ή διαταραχή προσωπικότητας (σχιζοτυπη ή παρανοειδή). Αναφορικά με τους ασθενείς, έχει βρεθεί συννοσηρότητα με αγχώδη ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, ενώ τελευταία έρευνες έδειξαν πως και οι γονείς των ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια έχουν ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της ύπαρξης Ψυχαναγκαστικής Διαταραχής Προσωπικότητας σε γονείς ασθενών με σχιζοφρένεια, μια υπόθεση που προέκυψε ύστερα από κλινική παρατήρηση στα πλαίσια της λειτουργίας του Εξωτερικού Ιατρείου Ψυχιατροδικαστικής.

**Υλικό-Μέθοδος:** Το δείγμα αποτέλεσαν 30 γονείς ασθενών με σχιζοφρένεια, των οποίων τα παιδιά παρακολουθούνται τακτικά στο Εξωτερικό Ιατρείο Ψυχιατροδικαστικής του Π.Γ.Ν. Αττικών. Χορηγήθηκε η κλίμακα Leyton-Trait, οποία μετρά τα χαρακτηριστικά της ψυχαναγκαστικής προσωπικότητας στον Άξονα II. Παράλληλα, χρησιμοποιήθηκε και δείγμα ελέγχου με 30 γονείς που έχουν παιδί χωρίς ψυχική ασθένεια. Τα δυο δείγματα έχουν παρόμοια δημογραφικά χαρακτηριστικά.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι αντίθετα με αυτό που παρατηρήθηκε αρχικά, τόσο το κλινικό δείγμα όσο και το δείγμα ελέγχου είχαν σκοράρι εξίσου υψηλά στην κλίμακα ψυχαναγκαστικότητας, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στη ψυχική ασθένεια του παιδιού και τη διαταραχή προσωπικότητας στο γονέα. Συνεπώς, η υπόθεση δεν επιβεβαιώθηκε.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα αυτά συζητούνται τόσο από μεθοδολογική πλευρά, όσο και σε συνάρτηση με άλλες έρευνες. Τέλος, προτείνονται εφαρμογές και περαιτέρω έρευνα.

### ΡΟ.03 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΕΚΦΡΑΖΟΜΕΝΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

**Δ.-Χ. Παρτσανάκη, Γ. Καλέμη, Α. Δουζένης**

*Β΄ Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. Αττικόν*

**Εισαγωγή:** Είναι γεγονός πως πολλοί ασθενείς με σχιζοφρένεια, αν και ολοκληρώνουν τη νοσηλεία με επιτυχία, πολύ σύντομα καταλήγουν σε μια επόμενη. Κύρια αιτία του φαινομένου μοιάζει να είναι η οικογένεια ως προς το περιβάλλον και τις συνθήκες διαβίωσης που προσφέρει στον ασθενή-συγγενή τους. Ειδικότερα, ενοχοποιείται το υψηλά Εκφραζόμενο Συναισθημα των γονέων, το οποίο συνίσταται στα επικριτικά σχόλια, στην εχθρότητα και στη συναισθηματική υπερεμπλοκή.

**Σκοπός:** Ο στόχος της εργασίας αυτής είναι να φανεί η λειτουργία του υψηλά εκφραζόμενου συναισθήματος ως ψυχοπιεστικός παράγοντας και η συσχέτισή του με την υποτροπή των ασθενών με σχιζοφρένεια.

**Υλικό-Μέθοδος:** Για τη μελέτη αυτής της θεματολογίας, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης σε επιστημονικά άρθρα και βιβλία που προέρχονται τόσο από την ελληνική όσο και από τη διεθνή βιβλιογραφία.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το οικογενειακό περιβάλλον διαδραματίζει κείμενο ρόλο στην πορεία της σχιζοφρένειας. Οι συγγενείς των ασθενών με υψηλά εκφραζόμενο συναισθημα φαίνεται πράγματι να υιοθετούν ένα σύνολο συμπεριφορών, όπως επικριτικότητα, εχθρότητα, απόρριψη και υπερπροστατευτικότητα, οι οποίες αυξάνουν την πιθανότητα για υποτροπή του ασθενή. Αντίθετα, οι συγγενείς με χαμηλά εκφραζόμενο συναισθημα είναι λιγότερο επικριτικοί και τα σχόλια τους αποσκοπούν στην αύξηση της αυτονομίας του ασθενή.

**Συμπεράσματα:** Το Εκφραζόμενο Συναισθημα των συγγενών είναι ένας επιβαρυντικός παράγοντας που έχει ενοχοποιηθεί για την υποτροπή των ασθενών με σχιζοφρένεια. Ως αντίδοτο αυτού έχει προταθεί η ψυχοεκπαίδευση των οικογενειών με σκοπό τη σωστή ενημέρωση και την υιοθέτηση λειτουργικότερων συμπεριφορών για τη μείωση των υποτροπών.

### ΡΟ.04 ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ

**Μ. Δανιήλ**

*AKMI Metropolitan College Thessaloniki*

**Εισαγωγή:** Σαν εξάρτηση από το αλκοόλ ορίζεται η καταναγκαστική χρήση και ενασχόληση με την ουσία που χαρακτηρίζεται από έμμονη επιθυμία για λήψη της ουσίας, ανοχή στην ψυχοτρόπο δράση της και στέρηση κατά την αποχή από αυτή. Ερευνητικά δεδομένα στηρίζουν την σύνδεση μεταξύ εξάρτησης από το αλκοόλ και αυτοκτονικότητας.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση αυτοκτονικότητας σε άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ.

**Υλικό:** Δεκαπέντε μελέτες που δημοσιεύτηκαν από το 2000 και ύστερα και εξέταζαν την εξάρτηση από το αλκοόλ και την αυτοκτονικότητα.

**Μέθοδοι:** Βιβλιογραφική αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων Google Scholar, Pub Med και Open Athens.

**Αποτελέσματα:** Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση αυτοκτονικότητας σε άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ είναι η πρόωρη έναρξη κατάχρησης, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η ανεπαρκής κοινωνική στήριξη, το ιστορικό ενδοοικογενειακής βίας, όπως και το ιστορικό τραύματος και παιδι-

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

κής κακοποίησης. Περισσότερες επιτυχημένες απόπειρες πραγματοποιούνται από άτομα μέσης και τρίτης ηλικίας. Επιπλέον, η συννοσηρότητα εξάρτησης και διαταραχών διάθεσης, καθώς και η λήψη αντικαταθλιπτικής αγωγής αυξάνουν τον κίνδυνο. Τέλος, σημαντική είναι η σύνδεση αυτοκτονικότητας και υψηλών επιπέδων παρορμητικότητας και επιθετικότητας, τα οποία ίσως οφείλονται στην χαμηλή κεντρική σεροτονινεργική δραστηριότητα λόγω της χρόνιας κατάχρησης αλκοόλ.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν την ανάγκη για εξατομικευμένη φροντίδα των ατόμων με εξάρτηση από το αλκοόλ, η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει διαφοροδιάγνωση των διαταραχών, αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας και παροχή ισχυρού κοινωνικού υποστηρικτικού πλαισίου.

### ΡΟ.05 ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ, ΤΗΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΥΣΠΡΑΓΙΑ

**Π. Λαμπαδάκη<sup>1</sup>, Δ. Κουρουπάκη<sup>1</sup>, Σ. Γκιόκα<sup>1</sup>, Α. Δουζενή<sup>2</sup>**

*Β΄ Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α. Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν», Ιατρείο Ψυχιατροδικαστικής*

**Εισαγωγή:** Στην παρούσα μελέτη εξετάζεται η επίδραση της οικονομικής κρίσης στους διάφορους τομείς της ζωής των εφήβων. Με τον όρο σύγκρουση μεταξύ γονέων και εφήβου αναφερόμαστε στο χάσμα των γενεών. Η εφηβεία αφορά το σύνολο των ψυχικών λειτουργιών που συντελούνται, ώστε να μπορέσει το άτομο να ενσωματώσει τις σημαντικές αλλαγές που προκύπτουν στη ζωή του. Ο όρος οικονομική δυσπραγία είναι το αίσθημα της αποτυχίας και της παγίδευσης.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσει την επίδραση του φύλου και της εθνικότητας των εφήβων στις συγκρούσεις με τους γονείς τους. Ακόμη, ερευνάται αν υπάρχει σχέση της οικονομικής δυσπραγίας που βιώνουν οι έφηβοι.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 712 μαθητές, οι οποίοι φοιτούσαν στην Β΄ τάξη του Γυμνασίου από την ευρύτερη περιοχή της Αττικής. Χορηγήθηκε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, ένα ερωτηματολόγιο που εξέταζε τις αφορμές των συγκρούσεων ανάμεσα στους έφηβους και τους γονείς καθώς επίσης και ένα ερωτηματολόγιο που σκοπό είχε να ανιχνεύσει σε ποιο βαθμό άλλαξαν οι συνήθειες της οικογένειας των εφήβων με στόχο την εξοικονόμηση χρημάτων τους τελευταίους 6 μήνες.

**Αποτελέσματα και Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρουν ότι οι έφηβοι με διαφορετική καταγωγή σημειώνουν μεγαλύτερο ποσοστό από τους Έλληνες ως προς τις συγκρούσεις με τους γονείς τους. Αντίθετα δεν υπάρχει σύνδεση του φύλου με τις συγκρούσεις, όπως επίσης δεν υπάρχει καμιά αλληλεπίδραση μεταξύ φύλου και εθνικότητας. Ακόμη δεν φαίνεται να διαφοροποιούνται οι Έλληνες έφηβοι από τους εφήβους με διαφορετική εθνικότητα, ή τα αγόρια από τα κορίτσια ως προς τον τρόπο που βιώνουν την οικονομική δυσπραγία. Τέλος, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των συγκρούσεων και της οικονομικής δυσπραγίας.

### ΡΟ.06 ΑΙΤΙΕΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ Τ.Ε.Π ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

**Α. Ανδρέopoulos, Α. Γιαννοπούλου, Ε. Τσαγγάρη**

*ΤΕ Νοσηλευτών, Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΑ*

**Εισαγωγή:** Ως αιτίες εισόδου ορίζουμε τους λόγους που οδήγησαν τους διαγνωσμένους ως ψυχωσικούς ασθενείς (και αυτούς που αρχική διάγνωση ψυχωσικό επεισόδιο δόθηκε στο τμήμα επειγόντων) να προσέλθουν στα επείγοντα και να τύχουν ψυχιατρικής φροντίδας.

Από το σύνολο των περιστατικών διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία είναι άνδρες νεαρής ηλικίας, ανύπαντροι, χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού προφίλ.

**Σκοπός:** Να αναφερθούν οι αιτίες εισόδου που οδηγούν τους ψυχωσικούς ασθενείς στα ψυχιατρικά επείγοντα.



## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

**Υλικό:** Ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας

**Αποτελέσματα:** Αναφέρουμε τις πλέον συχνά αιτίες προσέλευσης των ψυχωσικών ασθενών:

- Υποτροπή της ασθένειας. Προσέρχονται είτε οικειοθελώς είτε συνοδευόμενοι από κάποιο μέλος της οικογένειας τους, με αίτημα την ρύθμιση της λαμβανόμενης αγωγής ή την νοσηλεία.
- Η διακοπή καθώς και η αυθαίρετη τροποποίηση της λαμβανόμενης φαρμακευτικής αγωγής. Η προσέλευση τους είναι αποτέλεσμα πίεσews της οικογένειας τους και προσέρχονται συνοδεία αστυνομικών οργάνων.
- Διάφορα γεγονότα ζωής που δρουν ψυχοπρεστικά (απώλειες, οικονομικές δυσκολίες, προβλήματα υγείας).
- Χαμηλό κοινωνικό προφίλ (άνεργοι, άστεγοι, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο).
- Η βίαιη συμπεριφορά είτε προς εαυτόν είτε προς τρίτους.

**Συμπεράσματα:**

- Αγωγή κοινότητας, προς τους κοινωνικούς φορείς και θεσμούς, η συμβολή των οποίων κρίνεται σημαντική και αποτελεσματική.
- Αγωγή οικογένειας, έτσι ώστε να αποτελέσει το υποστηρικτικό σύστημα το οποίο θα δράσει ανασταλτικά και όχι ενισχυτικά προς την τάση προσέλευσης των ασθενών.
- Διαρκής συνεργασία με στόχο την ενημέρωση και πληροφόρηση συναδέλφων άλλων ειδικοτήτων, οι οποίοι πολλές φορές υποδέχονται και παραπέμπουν τα άτομα αυτά στα ψυχιατρικά επείγοντα.

### PO.07 ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ (MINDFULNESS) ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

**Α. Στεφανίδου<sup>1,2</sup>, Ε. Κάζη<sup>1</sup>, Α. Πατάκα<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Τμήμα Ψυχολογίας, Μητροπολιτικό Κολλέγιο Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup>Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας Α.Π.Θ., Γ.Ν. « Γ. Παπανικολάου»

**Εισαγωγή:** Ο πόνος δεν είναι μόνο μια δυσάρεστη παθολογική κατάσταση αλλά και μια υποκειμενική αίσθηση. Η «εστία ελέγχου» που αντιλαμβάνεται κάθε άτομο για την υγεία του αποτελεί μια σημαντική ψυχολογική παράμετρο στην εμπειρία του πόνου. Η συνειδητοποίηση της διάστασης του πόνου μπορεί να επηρεάσει σημαντικό ρόλο στη γενικότερη συναισθηματική αυτοδιαχείριση ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις που συχνά δυσχεραίνουν την προσαρμογή τους στα χρόνια νοσήματα και τη γενικότερη λειτουργικότητα τους. Τελευταίες έρευνες στην θεραπευτική προσέγγιση του χρόνιου πόνου αναγνωρίζουν σε παγκόσμιο επίπεδο τη δυναμική της ενσυνειδητότητας ως μια από τις πιο επιτυχημένες προσεγγίσεις στη διαχείριση άγχους και χρόνιου πόνου.

**Σκοπός:** Η παρούσα εργασία σκοπό έχει να αναφέρει σύντομα την ιστορία της ενσυνειδητότητας και να εστιάσει στα εμπειρικά δεδομένα και στις καλές πρακτικές νοσοκομείων στις ΗΠΑ και Μ. Βρετανία που αποδεικνύουν τον καιριο ρόλο της στην διαχείριση του χρόνιου πόνου και την καθιστούν θεραπευτική πρόταση σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα.

**Αποτελέσματα:** Η ενσυνειδητότητα μπορεί να αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της ΧΑΠ, καθώς συνδέεται με τις ικανότητες αυτοδιαχείρισης και όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής, ανεξάρτητα από την ηλικία ή τη βαρύτητα της νόσου και μπορεί να ενισχύσει τις υφιστάμενες προσπάθειες αποκατάστασης.

**Συμπεράσματα:** Μελλοντικές έρευνες σε δείγμα Ελλήνων ασθενών με χρόνια νοσήματα και στην ενσυνειδητότητα ως νέα κλινική προσέγγιση μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην βιοψυχοκοινωνική αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων και να διαμορφώσουν πιο αποτελεσματική θεραπευτικά πρωτόκολλα που θα στοχεύουν στην κινητοποίηση για αλλαγή συμπεριφοράς του ασθενή, στην καλύτερη ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή, και στη διατήρηση της ποιότητας ζωής τους.

**Λέξεις-κλειδιά:** «ενσυνειδητότητα», «χρόνιος πόνος», και «χρόνια νοσήματα»

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΡΟ.08 Η ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ-ΓΙΑΤΡΟΥ

**Σ. Στυλιανίδου<sup>1</sup>, Ε. Κετικίδου<sup>2</sup>**

*Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή:** Η επικοινωνία ασθενούς-γιατρού δεν πρέπει να αποτελεί μόνο μέσο και εργαλείο για την επιτέλεση της ιατρικής εργασίας, ούτε μόνο κοινωνική συμβατικότητα και ανάγκη. Ταυτόχρονα οφείλει να ανταποκρίνεται σε ορισμένους κανόνες που καθορίζονται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.

**Σκοπός:** Σημαντικές δεοντολογικές πτυχές της επικοινωνίας ασθενούς-γιατρού.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Βιβλιογραφική ανασκόπηση, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Ηλεκτρονική Βιβλιοθήκη.

**Αποτελέσματα:** Από την αρχή ήδη του Κώδικα ορίζεται ότι: «*Η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος δημιουργεί μια διαπροσωπική σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς που πρέπει να διαπνέεται από αμοιβαία εμπιστοσύνη*». Στο άρθρο του κώδικα με τίτλο «*Εκπαίδευση και εξάσκηση*» αναφέρεται ότι: «*Ο ιατρός συμβάλλει, στο βαθμό που του επιτρέπουν οι γνώσεις του και ο διαθέσιμος χρόνος, στην ενημέρωση του κοινού πάνω σε θέματα υγείας, καθώς και στην εκπαίδευση και εξάσκηση συναδέλφων, αλλά και σπουδαστών Ιατρικής και λοιπών επαγγελματιών υγείας*». Όσον αφορά στο Σεβασμό του Ιατρικού Απορρήτου, ο Κώδικας ρητά προβλέπει ότι: «*Απαγορεύεται ο σχολιασμός και κάθε αναφορά από τον ιατρό προς τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για την κατάσταση της ασθενών του, όχι μόνο ιδιωτών αλλά και δημοσίων προσώπων και προσώπων της επικαιρότητας, χωρίς τη συναίνεσή τους*».

Συζητήσεις με ασθενείς ή πληροφορίες που αναφέρονται σε ασθενείς δεν πρέπει να μεταφέρονται επώνυμα σε πρόσωπα, τα οποία δεν έχουν σχέση με την όλη περιθαλψη και φροντίδα του δεδομένου ασθενούς. Με βάση τη δεοντολογική αρχή της αυτονομίας του ασθενούς προβλέπεται ότι: «*Ο ιατρός οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, καθώς και για κάθε ιατρική πράξη που τον αφορά και να επιτυγχάνει τη συναίνεσή του*». Κατά των Κώδικα: «*Η ενημέρωση και συναίνεση για επιμέρους διαγνωστικούς και θεραπευτικούς χειρισμούς μπορεί να παρέχεται προφορικά ή γραπτά, όπως επιβάλλουν οι περιστάσεις. Η συναίνεση σε κάθε περίπτωση πρέπει σαφώς και πλήρως να καλύπτει τα προτεινόμενα*». Ειδικά συιστάται ότι: «*Κάθε χειρουργική επέμβαση ή παρεμβατική πράξη απαιτεί την γραπτή συναίνεση του ασθενούς ή του εκπροσώπου του*».

Όταν πρόκειται για χειρουργική επέμβαση ή χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, οπωσδήποτε: «*Η ενημέρωση πρέπει να γίνεται κατά τρόπο κατανοητό και εύληπτο χωρίς τις ασάφειες και συγκαλύψεις που τυχόν δημιουργεί η επιστημονική ορολογία, έτσι ώστε η συναίνεση που ακολουθεί να είναι ευσυνείδητη*». Επίσης, ο Κώδικας προβλέπει ότι: «*Η συναίνεση είναι ανά πάσα στιγμή ανακλητή κατά την απόλυτη κρίση του ασθενούς*». Τελικά: «*Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί κάθε ιατρική πράξη ασχέτως αν ο ιατρός την θεωρεί ενδεδειγμένη ή ακόμη και απαραίτητη, εκτός αν ο νόμος άλλως επιβάλλει*». Στον Κώδικα αναγράφεται ότι: «*Ο ασθενής ενημερώνεται και συναινεί αυτοπροσώπως ή με εκπρόσωπο που αυτός σαφώς έχει ορίσει*». Υπάρχουν και ειδικές περιπτώσεις όπως συναίνεση ασθενών με ανίατη νόσο, διενέργεια ιατρικών πράξεων χωρίς συναίνεση, συμμετοχή ασθενών σε πειραματικές εργασίες, για άτομα μειωμένης ικανότητας για δυσπραξία.

**Συμπεράσματα:** Η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς πρέπει να ανταποκρίνεται σε συγκεκριμένες επιταγές, που καθορίζονται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Αυτές αφορούν στην πληροφόρηση και ενημέρωση του ασθενή από τον ιατρό, στο σεβασμό του ιατρικού απορρήτου, στην ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς για διενέργεια ιατρικών πράξεων. Έτσι η επικοινωνία ασθενούς-γιατρού οδηγεί στη δημιουργία μιας ιδιαίτερης μορφής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ θεραπευτού και θεραπευομένου. Τελικός σκοπός θα είναι να δημιουργηθεί η καλύτερη σχέση επικοινωνίας ασθενούς-γιατρού που θα βοηθήσει τον άρρωστο να τύχει της καλύτερης δυνατής φροντίδας από τον θεράποντα.

*Βιβλιογραφία*

Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Σ. Φαλσής), Ιατρικά Θέματα ( Ιατρικού Συλλόγου Θεσ/νίκης) Τ.21 ΣΕΛ. 12-18, 2001.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Tabias JS, Souhami RL, Fully informed consent can be needlessly cruel. *BMJ* 1993; 307:1199-1201.  
Truog RD, Robinson W, Randolph A, Morris A. Is informed consent always necessary for randomized, controlled trials? *Nengl J Med* 1999; 340:804-807.  
Wolf LE, Lo B Ethical issues in clinical research : an issue for all internists . *Am J Med* 2000; 109: 82-85.

### ΡΟ.09 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

**Σ. Στυλιανίδου, Ε. Κετικίδου**

*Τμήμα Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκη*

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με καρκίνο παρουσιάζουν ποικιλία συναισθηματικών αντιδράσεων στα πλαίσια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Ένα ευρύ φάσμα παραγόντων επηρεάζει την ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ασθενούς με καρκίνο. Αυτοί ορίζουν το εσωτερικό και το εξωτερικό πλαίσιο του ασθενούς.

**Σκοπός:** Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ατόμου με καρκίνο.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Βιβλιογραφική ανασκόπηση, μελέτες, άρθρα, αναζήτηση στην ηλεκτρονική βιβλιοθήκη.

**Αποτελέσματα:** Σημαντικός παράγοντας που ορίζει το «εσωτερικό πλαίσιο» του ασθενούς με καρκίνο είναι η προσωπικότητα και οι αμυντικοί μηχανισμοί του ατόμου. Στις πρωιμότερες μελέτες κυριαρχεί η αναλυτική θεώρηση σύμφωνα με την οποία η αντιμετώπιση είναι μια γενική έννοια που περιλαμβάνει τις άμυνες του εγώ, οι οποίες κινητοποιούνται όταν απειλείται η ψυχολογική ακεραιότητα του ατόμου. Οι μηχανισμοί της άμυνας έχουν ως στόχο να μην βιωθεί το άγχος και είναι: α) Απώθηση, β) Εκλογίκευση, γ) Μετάθεση, δ) Άρνηση. Σήμερα πιστεύεται ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες θα πρέπει να εκλαμβάνονται περισσότερο ως προκλήσεις και επιταγές τις οποίες πρέπει το άτομο να χειριστεί με κοινωνικά και ψυχολογικά μέσα.

Σύμφωνα με τον Carlan (1981), αντιμετώπιση είναι εκείνη η συμπεριφορά του ατόμου που οδηγεί στη μείωση των σωματικών και ψυχολογικών εκδηλώσεων της συναισθηματικής αναστάτωσης, κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά από ένα στρεσογόνο γεγονός, αλλά και στην κινητοποίηση των εσωτερικών και εξωτερικών πόρων για την ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων, που θα οδηγήσουν στην αλλαγή του περιβάλλοντος ή της σχέσης του μ' αυτό. Για τον Weisman (1987) αντιμετώπιση είναι ο τρόπος που δρα το άτομο όταν έρχεται αντιμέτωπο με το πρόβλημα, έτσι ώστε να πάρει ανακούφιση, ανταμοιβή, ηρεμία και ισορροπία. Σε σύγκριση με την άμυνα, η αντιμετώπιση έχει την έννοια της επεξεργασίας για την ανάπτυξη νέων στρατηγικών. Οι Sandres και Kardinal (1977) μελέτησαν τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης σε ασθενείς με οξεία λευχαιμία που ήταν σε ύφεση. Οι ερευνητές βρήκαν τρεις μηχανισμούς: α) άρνηση νόσου, β) ταυτοποίηση με συνασθενείς με στόχο τη δημιουργία της «νοσοκομειακής οικογένειας» και γ) προκαταβολική θλίψη- πένθος της δικής τους ημιτελούς απώλειας.

Οι Weisman και Worden (1976), βρήκαν ότι πλέον αποτελεσματικές στρατηγικές ήταν η ανοιχτή αποδοχή του καρκίνου ακολουθούμενη από αντιδράσεις σχεδιασμένες για τη συναλλαγή με τη νόσο και τα τρέχοντα προβλήματα. Ο Silverfarb (1982) σημειώνει ότι οι πιο δύσκολες στιγμές για τον ασθενή είναι οι καθημερινές εργασίες οι απαιτούν από το άτομο προσαρμοστική ικανότητα κατά τη χρόνια πορεία της νόσου.

Παράγοντες που ορίζουν το εξωτερικό πλαίσιο του ασθενούς αποτελούν το κοινωνικό πλαίσιο, αξίες και πιστεύω. Οι πιο κοινές έννοιες της νόσου για το άτομο είναι της τιμωρίας, του εχθρού, της πρόκλησης και της ξεκούρασης. Μερικοί από τους φόβους (Brewin 1986) είναι: ο καρκίνος είναι από τη φύση του φρικτός, στίγμα, τιμωρία; θα μπορούσε να είναι μεταδοτικός, υπερβολική απαισιοδοξία γύρω από τις ελπίδες επιβίωσης. Απαραίτητη είναι η ενημέρωση του ασθενούς χωρίς υπεκφυγές

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

(Lederberg 1991). Το πλαίσιο και ο τρόπος ενημέρωσης επιδρούν στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς (Μελέτη των Lind και συνεργ.1989)

**Συμπεράσματα:** Για τον ασθενή με καρκίνο, οι προσαρμοστικές συμπεριφορές εξυπηρετούν την προσαρμογή στη νόσο, με τη λύση προβλημάτων, τη συγκέντρωση πληροφοριών, τις προσπάθειες αναπροσαρμογής του τρόπου ζωής και την ενεργό συμμετοχή στις επιλογές του θεραπευτικού προγράμματος.

Η κατάρτιση του προσωπικού πάνω στο καθήκον της ενημέρωσης, της επικοινωνίας και των δικαιωμάτων των ασθενών πρέπει να εκπεκτείνεται ταυτόχρονα και στο ευρύ κοινό.

Γενικά η επικοινωνία με τον ογκολογικό ασθενή οφείλει να στηρίζεται στο ηθικό του, στοιχείο απαραίτητο για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή και την βέλτιστη επιβίωσή του.

### Βιβλιογραφία

Δόσιος Θ. Λορεντζιάδης Γ, Αλεξίου Γ, και συν. Οι απόψεις δείγματος του ελληνικού κοινού και Ελλήνων καρκινοπαθών σχετικά με την ενημέρωση του καρκινοπαθούς για την αρρώστια του 1992 Ιατρική 61: 300-307.  
Ιεροδιακόνου Χ. Δαμόρφωση ψυχικών συμπτωμάτων και μηχανισμοί άμυνας Στο Ιεροδιακόνου Χ, Φωτιάδης Χ, Δημητρίου Ε, Ψυχιατρική , 1988.

Holland JC. Psychosocial variables: Are they factors in cancer risk or survival? Proceedings of the post-graduate course; Current concepts in psychooncology IV. 1991; Oct 10-12 New York : Memorial Sloan Kettering Cancer Center p.25-34.

Maquire P. Psychosocial interventions to reduce affective disorders in cancer patients: research priorities 1995, PsychoOncology 4:113-119.

### ΡΟ.10 ΑΝΘΡΩΠΟΚΤΟΝΙΑ: ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΡΙΕΣ

**Σ. Γκιόκα, Δ. Κουρουπάκη, Π. Λαμπαδάκη, Γ. Καλέμη, Α. Δουζένη**

*Β΄ Ψυχιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. Αττικών*

**Εισαγωγή:** Η ανθρώπινη επιθετικότητα και εγκληματικότητα, είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζεται σε όλους τους πολιτισμούς και τις κοινωνίες, χωρίς γεωγραφικό ή χρονικό περιορισμό. Τόσο η έκταση, όσο και το περιεχόμενο και η ερμηνεία της έχουν απασχολήσει και εξακολουθούν να απασχολούν επιστήμονες από το χώρο της φιλοσοφίας, της ψυχολογίας, της ψυχιατρικής και άλλους. Η ανθρωποκτονία και η απόπειρα αυτής αποτελούν κορυφαίο δείγμα ακραίας επιθετικής, αντικοινωνικής συμπεριφοράς και έναν από τους σημαντικότερους δείκτες για το επίπεδο της βίας της εκάστοτε κοινωνίας. Η γυναίκα εγκληματικότητα τείνει να αυξάνεται συνεχώς τις τελευταίες δεκαετίες, ενώ παρουσιάζει ποσοτικές και ποιοτικές διαφοροποιήσεις σε σύγκριση με την εγκληματικότητα των ανδρών.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των σύγχρονων θεωριών και ερευνών που χαρτογραφούν τη γυναίκα εγκληματικότητα εστιάζοντας στο έγκλημα της ανθρωποκτονίας.

**Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας με τη χρήση των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων Google Scholar Medline, PubMed και Scopus.

**Αποτελέσματα-Συμπεράσματα:** Οι γυναίκες διαπράττουν λιγότερες ανθρωποκτονίες από τους άνδρες, ενώ διαφορές παρατηρούνται και ως προς τα κίνητρα και τα θύματά τους. Το πιο σύνθημα χαρακτηριστικό γυναικών εγκληματιών είναι η ψυχοκοινωνική επιβάρυνση και η κακοποίηση από πολύ νεαρή ηλικία, ενώ η γαλοποίηση από το σύντροφο αποτελεί σημαντικό παράγοντα για το πέρασμα της γυναίκας από τη θέση του θύματος σε αυτή του θύτη.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΡΟ.11 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ

**Γ. Τζινάκου, Α. Δουζένης**

*Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών, Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, Β' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ*

**Εισαγωγή:** Η αύξηση των αστυνομικών τηλεοπτικών σειρών και των ταινιών που χρησιμοποιούν την επιστήμη ως κύριο μέσο επίλυσης των υποθέσεων έχουν καταστήσει αναγκαία την αποσαφήνιση του ρόλου του ψυχιατροδικαστικού ψυχολόγου στην καθημερινή κλινική πράξη. Ο ειδικός ψυχικής υγείας που ασχολείται με τον κλάδο της ψυχιατροδικαστικής ενδιαφέρεται κυρίως για θέματα που παρουσιάζουν την συσχέτιση μεταξύ της ψυχολογίας και του νόμου. Μπορεί να ασχοληθεί είτε με κλινικό είτε με ερευνητικό έργο σε πέντε διαφορετικούς τομείς όπως είναι η ψυχολογία της αστυνομίας, θυματολογία και υπηρεσίας του θύματος, ψυχολογία του εγκλήματος και της παραβατικότητας, ψυχολογία που εφαρμόζεται στο δικαστήριο και ψυχολογία που εφαρμόζεται στο σωφρονισμό.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η παρουσίαση των ρόλων του ειδικού ψυχικής υγείας στον κλάδο της ψυχιατροδικαστικής καθώς και η ανάδειξη προβλημάτων που προκύπτουν στην κλινική πράξη

**Υλικό και μέθοδος:** Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας με τη χρήση των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων Google Scholar Medline, PubMed και Scopus.

**Αποτελέσματα – Συμπεράσματα:** Από την μελέτη της βιβλιογραφίας γίνεται σαφής η ανάγκη ύπαρξης εκπαίδευσης στον χώρο της ψυχιατροδικαστικής ώστε να υπάρξει καλύτερη συνεργασία με τους ειδικούς άλλων κλάδων που ασχολούνται με τον νόμο (νομικοί, αστυνομικοί) και να αντιμετωπιστούν τα δεοντολογικά και ηθικά διλήμματα που προκύπτουν κατά την άσκηση της ψυχιατροδικαστικής στην καθημερινή κλινική πράξη. Ειδικότερα, στην Ελλάδα με την έναρξη μεταπτυχιακού προγράμματος Ψυχιατροδικαστικής έχει γίνει ένα πρώτο βήμα προς αυτή την κατεύθυνση.

### ΡΟ.12 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΑΚΟΥΣΙΟ ΕΓΚΛΕΙΣΜΟ

**M. Prunea**

*Τμήμα Α' Οξέων Περιστατικών, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

Η εργασία έχει ένα θεωρητικό υπόβαθρο, που μελετάει τα δικαιώματα του ψυχασθενή, τις προϋποθέσεις του Νόμου 2071/1992 σχετικά με την ακούσια νοσηλεία και την ακούσια θεραπεία, την επικινδυνότητα του ατόμου με ψυχικές διαταραχές. Η πρακτική μελέτη της εργασίας, που διεξήχθη στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, στο τμήμα Α' Οξέων Περιστατικών στρέφεται γύρω στους εξής οκτώ θεματικούς άξονες: ΠΡΩΤΗ ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ – ΕΙΣΑΓΓΕΛΙΚΗ, ΕΜΠΛΟΚΗ ΤΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ, ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ/ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ, ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ, Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΑΣΘΕΝΗ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ, ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ, ΚΑΘΗΛΩΣΗ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ.

Ακολουθεί η ανάλυση των αποτελεσμάτων και τα συμπεράσματα.

**Ο σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των ψυχολογικών στάσεων και βιωμάτων των ψυχασθενών απέναντι στη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας.

Το εργαλείο το οποίο επέλεξε να ερευνήσω αυτό το θέμα είναι η **συνέντευξη**. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, στο τμήμα Α' Οξέων Περιστατικών, κατά τη διάρκεια Οκτώβρη 2014 - Ιούλιο 2015. Το τμήμα δέχεται κάθε μήνα περίπου 20 ασθενείς, με τον μέγιστο αριθμό 25.

Το **δείγμα** αποτελείται από 18 άτομα, 5 γυναίκες, 13 άνδρες, με εύρος ηλικιών 18-65.

Στη συνέντευξη χρησιμοποιήθηκαν **ανοιχτές ερωτήσεις**.

Η **μέθοδος** με την οποία αναλύθηκαν τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων είναι **ποιοτική ανάλυση του περιεχομένου**.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

**Αποτελέσματα – Συμπεράσματα:** Η εμπειρία της πρώτης ακούσιας νοσηλείας είναι επώδυνη, χρειάζεται η παρουσία ενός ψυχολόγου από την αρχή της διαδικασίας, τόσο για να απαλύνει τον ψυχικό πόνο του ψυχασθενή, όσο και να περιορίζει τη βία των αστυνομικών οργάνων κατά τη διαδικασία μεταφοράς στην Ψυχιατρική Κλινική. Στη συνέχεια να συνεργάζεται με τους ψυχιάτρους, να βοηθήσει τον ψυχασθενή στην προσαρμογή του στην Κλινική και στην αντιμετώπιση των προκλήσεων του πραγματικού κόσμου, ικανοποιώντας παράλληλα και τις προσωπικές του ανάγκες.

Ο εισαγγελέας, πριν να στείλει το άτομο για την ψυχιατρική γνωμάτευση, να το συναντά προσωπικά, ώστε να ακούσει και την εκδοχή του, όχι μόνον των ατόμων που κάνουν την αίτηση για την ακούσια νοσηλεία. Μια απλή σύγκριση μεταξύ των μελών της οικογένειας δεν σημαίνει ψυχική διαταραχή. Στην πορεία των χρόνων ο Νόμος του 1992 ακυρώθηκε σιωπηλά. Χρειάζεται η επαναφορά του και η βελτίωσή του.

Οι ασθενείς δεν γνωρίζουν τα δικαιώματά τους, η ενημέρωση δεν γίνεται με ουσιαστικό τρόπο ή δεν γίνεται καθόλου.

Δεν εφαρμόζονται τακτικά οι προβλεπόμενες διαδικασίες ελέγχου της ακούσιας νοσηλείας ούτε στα δημόσια Ψυχιατρεία, ούτε στα ιδιωτικά. Καταπατούνται συστηματικά τα ανθρώπινα δικαιώματα των ψυχασθενών.

Η επανάληψη της διαδικασίας του ακούσιου εγκλεισμού κάθε φορά που την επιθυμούν οι συγγενείς δεν είναι ηθική και δεν ωφελεί στην θεραπεία του ψυχασθενή. Τον κάνουν πιο ενόχωτο, πιο θυμωμένο ή πιο βίαιο. Επίσης η ακούσια νοσηλεία να μην γίνεται ένα εργαλείο στα χέρια των συγγενών, ώστε να βγάλουν τον ψυχασθενή από τα κληρονομικά του δικαιώματα. Η ύπαρξη της ψυχασθένειας δεν προϋποθέτει αυτόματα την έλλειψη ικανότητας διαχείρισης των οικονομικών του υποθέσεων.

Οι ασθενείς βιώνουν δυστυχώς την ενοχλητική και μακρόχρονη επιρροή των παρενεργιών των ψυχοφαρμάκων στο σώμα τους. Ο σκοπός της χορήγησής τους να είναι η λειτουργικότητα του ατόμου. Ο ψυχασθενής στην ένταση του ψυχωτικού επεισοδίου δεν γνωρίζει τη φύση του προβλήματος του. Υπάρχουν δύο κατηγορίες «επικίνδunami» ψυχασθενείς: κάποιοι που θεωρούνται επικίνδunami για τον εαυτό τους, δηλαδή που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας και κάποιοι που θεωρούνται επικίνδunami για τους άλλους προς τους οποίους εκδήλωσαν βίαια συμπεριφορά.

### ΡΟ.13 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΩΝ ΑΚΑΤΑΛΟΓΙΣΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΑΔΙΚΗΜΑ ΑΝΟΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥΣ, ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΔΙΑΠΡΑΞΗΣ ΤΟΥ ΑΔΙΚΗΜΑΤΟΣ Ή/ΚΑΙ ΤΑ ΕΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

**Κ. Ηλιού, Γ. Κωτούλα, Π. Κωνσταντινίδου, Μ. Δημοπούλου, Θ. Τριανταφύλλου, Μ. Μαρκοπούλου**

*Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου - Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή:** Από την κλινική εμπειρία έχει παρατηρηθεί πως συχνά η πατρική οικογένεια στηρίζει το πάσχον μέλος της μετά τη διάπραξη του αδικήματος σε αυτή την κατηγορία ασθενών. Έτσι ασθενείς που εισάγονται σε νεαρή ηλικία έχουν γονέα εν ζωή, ενώ αντίθετα με την μακροχρόνια νοσηλεία οι γονείς γηράσκουν (ή και αποθνήσκουν) αδυνατώντας να επισκεφθούν ή να φιλοξενήσουν τον ασθενή.

**Σκοπός** της συγκεκριμένης μελέτης είναι να διερευνηθεί εάν η σχέση με την οικογένεια τους μετά το αδίκημα επηρεάζεται από την ηλικία τους, την ηλικία διάπραξης του αδικήματος, αλλά και από τα έτη νοσηλείας τους.

**Υλικό** της μελέτης αποτέλεσαν 57 ασθενείς (52 άνδρες και 5 γυναίκες), οι οποίοι νοσηλεύτηκαν το 2015-2016 στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

**Αποτελέσματα:** 40 ασθενείς έχουν καλή σχέση με την οικογένεια (τους επισκέπτονται οι συγγενείς ή οι ίδιοι φιλοξενούνται με άδειες στους συγγενείς), ενώ 17 άτομα δεν έχουν σχέση με την οικογένειά τους. Η μέση ηλικία των ασθενών του δείγματος είναι τα 51,8 έτη. Στους ασθενείς που διατηρούν καλή σχέση με την οικογένεια η μέση ηλικία είναι τα 53,13 έτη ενώ σε αυτούς που δε διατηρούν

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

σχέση με την οικογένεια τα 50,47 έτη. Η μέση ηλικία διάπραξης του αδικήματος και ο μέσος χρόνος νοσηλείας είναι 38.85 και 12.27 αντίστοιχα. Η μέση ηλικία διάπραξης του αδικήματος σε ασθενείς που έχουν καλή σχέση με την οικογένεια τους είναι 40,3 έτη, ενώ σε αυτούς που δεν έχουν είναι 37,41 έτη. Τα έτη νοσηλείας των ασθενών ανάλογα με το εάν είναι καλή ή όχι η σχέση με την οικογένεια είναι 11,35 και 13,18 αντίστοιχα. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές της ηλικίας, της ηλικίας διάπραξης του αδικήματος και των ετών νοσηλείας ανάμεσα στους ασθενείς που είχαν καλές σχέσεις με την οικογένεια και σε αυτούς που δεν είχαν ( $p>0.05$ ).

**Συμπεράσματα:** Φαίνεται ότι η σχέση των ασθενών με την οικογένεια τους δεν σχετίζεται με την ηλικία των ασθενών, την ηλικία διάπραξης του αδικήματος ή τα έτη νοσηλείας στην παρούσα μελέτη. Χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση προκειμένου να ερμηνευθούν τα ευρήματα αυτά ή επαλήθευση τους σε μεγαλύτερα κλινικά δείγματα.

### ΡΟ.14 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΩΝ ΑΚΑΤΑΛΟΓΙΣΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΑΔΙΚΗΜΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΥΠΟ Ή/ΚΑΙ ΤΟ ΘΥΜΑ ΤΟΥ ΑΔΙΚΗΜΑΤΟΣ

**Κ. Ηλιού, Π. Κωνσταντινίδου, Γ. Κωτούλα, Μ. Δημοπούλου, Θ. Τριανταφύλλου, Μ. Μαρκοπούλου**

*Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου - Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή:** Βιβλιογραφικά αναφέρεται πως τα θύματα των ακαταλόγιστων ασθενών είναι συχνά μέλη της οικογένειας, τονίζοντας πως χρειάζεται διερεύνηση της σχέσης των ασθενών αυτών με τις οικογένειές τους πριν τη διάπραξη του αδικήματος.

**Σκοπός** της συγκεκριμένης μελέτης είναι να διερευνηθεί εάν η σχέση με την οικογένεια τους μετά το αδίκημα επηρεάζεται από τον τύπο του αδικήματος (ανθρωποκτονία, απόπειρα ανθρωποκτονίας, σωματική βλάβη ή άλλο) ή/και το θύμα του αδικήματος (μέλος της οικογένειας ή όχι) που διέπραξαν.

**Υλικό** της μελέτης αποτέλεσαν 57 ασθενείς (52 άνδρες και 5 γυναίκες), οι οποίοι νοσηλεύτηκαν το 2015-2016 στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

**Αποτελέσματα:** 29 ασθενείς έχουν διαπράξει ανθρωποκτονία, 11 απόπειρα ανθρωποκτονίας, 5 σωματική βλάβη και 12 άλλο έγκλημα (εμπρησμός, κλοπές και άλλα). Σε 32 ασθενείς το θύμα ήταν μέλος της οικογένειας και σε 18 ήταν μη μέλος της οικογένειας, ενώ 7 άτομα προκάλεσαν φθορά ή κλοπή αντικειμένων. 40 ασθενείς έχουν καλή σχέση με την οικογένεια (τους επισκέπτονται οι συγγενείς ή οι ίδιοι φιλοξενούνται με άδειες στους συγγενείς), ενώ 17 άτομα δεν έχουν σχέση με τις οικογένειά τους. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της σχέσης των ασθενών με την οικογένεια τους, ούτε με τον τύπο εγκλήματος, αλλά ούτε και με το εάν το θύμα ήταν μέλος της οικογένειας ή όχι ( $p>0.05$ ).

**Συμπεράσματα:** Στην παρούσα μελέτη φαίνεται ότι ο τύπος και το θύμα του αδικήματος που διέπραξαν οι ασθενείς δεν επηρεάζει τη σχέση που έχουν με τις οικογένειές τους. Χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση προκειμένου να μπορέσουν να ερμηνευτούν τα ευρήματα αυτά.

### ΡΟ.15 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ Ψ.Ν.Θ.

**Μ. Δημοπούλου, Δ. Νεστοράκη, Μ. Σιδηροπούλου, Κ. Ηλιού, Γ. Κωτούλα, Θ. Τριανταφύλλου, Μ. Μαρκοπούλου**

*Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής, Γ.Ν.Θ. Γ. Παπανικολάου - Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή:** Τόσο οι θεραπευτικοί παράγοντες της ομαδικής θεραπείας όσο κι η έκφραση μέσω της ζωγραφικής όπως έχει δείξει η μέχρι τώρα κλινική εμπειρία μπορούν να βοηθήσουν στην βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης και επαφής με την πραγματικότητα στο εδώ και τώρα αλλά και στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και λειτουργικότητας των χρόνιων ψυχωτικών ασθενών.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

**Υλικό:** Με τις υποθέσεις αυτές ξεκίνησε μια ομάδα στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής με αρχικό σχεδιασμό δέκα συναντήσεων, στην οποία συμμετείχαν ασθενείς με εκούσια επιλογή.

**Αποτελέσματα:** Μετά την ολοκλήρωση αυτών των συναντήσεων παρατηρήθηκαν τα εξής φαινόμενα:

- Βελτίωση της λεκτικής έκφρασης και επικοινωνίας
- Ενίσχυση της αίσθησης του εαυτού και της ταυτότητας
- Βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και της αλληλεγγύης
- Εμφύσηση του αισθήματος της συλλογικότητας και του σεβασμού των ορίων
- Επαφή με την δημιουργική φύση και τα υγιή στοιχεία του ασθενή

**Συμπεράσματα:** Η εμπειρία αυτή είναι ένα αισιόδοξο μήνυμα για μια πιο συλλογική προσπάθεια ενίσχυσης και εμπλουτισμού του θεραπευτικού προγράμματος της νοσηλείας σε ένα κλειστό τμήμα χρόνιων και ένας τρόπος να σκεφτούμε πως μπορούμε να μεταθέσουμε την καταστολή σε επανένταξη και κοινωνικοποίηση ασθενών διπλά στιγματισμένων από την τρέλα και το έγκλημα.

### ΡΟ.16 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

**Α. Θεοδωροπούλου, Ε. Γκιούρου, Α. Κατερέλος, Φ. Γουρζής**

*Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών*

**Εισαγωγή:** Η περίοδος με υποκλινικά σημεία και συμπτώματα που προηγείται της έναρξης της σχιζοφρένειας ορίζεται σαν πρόδρομη περίοδος και διαρκεί κατά μέσο όρο 4,3 χρόνια για τους άνδρες και 6,7 χρόνια για τις γυναίκες. Η παρέμβαση είναι πιθανό να είναι πιο αποτελεσματική αν ξεκινά κατά την πρόδρομη φάση.

**Σκοπός:** Ο σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσει τα νεότερα δεδομένα σχετικά με τις υπάρχουσες θεραπευτικές επιλογές για την πρόδρομη φάση της σχιζοφρένειας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Πηγή του υλικού ήταν οι βάσεις δεδομένων pubmed, scopus.

**Αποτελέσματα:** Η πρώτη διπλά τυφλή τυχαίοποιημένη μελέτη συνέκρινε τα αποτελέσματα από τη χρήση ολανζαπίνης στην πρόδρομη φάση της σχιζοφρένειας με ομάδα ελέγχου που έλαβε placebo. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η θεραπεία δεν προσφέρει προστασία μετά τη διακοπή της. Επιπλέον η ενεργός θεραπεία καθυστερεί την μετάπτωση σε σχιζοφρένεια, ωστόσο δεν υπάρχει απόδειξη ότι η βραχείας διάρκειας θεραπεία σταματά την εξέλιξη. Σχετικά ανησυχητικό είναι το εύρημα ότι η μακροχρόνια χρήση έστω και χαμηλών δόσεων αντιψυχωτικών μπορεί να προκαλέσει ευαισθητοποίηση των υποδοχέων ντοπαμίνης στον εγκέφαλο με επακόλουθο την εμφάνιση ευαλωτότητας για ανάπτυξη ψύχωσης, ή ταχεία εμφάνιση της ψύχωσης μετά τη διακοπή της αντιψυχωτικής αγωγής. Η αντικαταθλιπτική αγωγή έχει δείχθει ότι σχετίζεται με βελτίωση των συμπτωμάτων της πρόδρομης φάσης σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες.

Ο συνδυασμός χαμηλής δόσης ρισπεριδόνης σε συνδυασμό με κατάλληλες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις (γνωσιακή –συμπεριφορική) δυνατόν να καθυστερήσουν ή και να αποτρέψουν την έναρξη της νόσου

**Συμπεράσματα:** Χαμηλές δόσεις άτυπων αντιψυχωτικών σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι δυνατόν να καθυστερήσουν την έναρξη της ψύχωσης σε μερικές περιπτώσεις.

### ΡΟ.17 ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

**Α. Θεοδωροπούλου, Ε. Γκιούρου, Α. Κατερέλος, Φ. Γουρζής**

*Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών*

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με επιληψία (ΑΜΕ) βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχιατρικών και νευρολογικών νόσων που μπορεί να προηγούνται ή και να ακολουθούν την εμφάνιση σπασμών.



## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

**Σκοπός:** Ο σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσει τα νεότερα δεδομένα σχετικά με την αντιμετώπιση ΑΜΕ που εκδηλώνουν ψυχιατρικά συμπτώματα.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Πηγή του υλικού ήταν οι βάσεις δεδομένων pubmed, scopus.

**Αποτελέσματα:** Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές νόσοι που απαντώνται σε ΑΜΕ και είναι ιδιαίτερα συχνές όταν συνυπάρχει και άλλο νευρολογικό νόσημα όπως ημικρανία, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, κраниοεγκεφαλική κάκωση ή άνοια.

Δεδομένου ότι τα αντιεπιληπτικά (ΑΕΦ) έχουν αντικαταθλιπτικές, αντιμανιακές, αγχολυτικές ιδιότητες, θα πρέπει να συνεκτιμάται αυτή η δράση τους στους ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης ή αγχωδών διαταραχών.

Η λαμοτριγίνη και η γκαμπαμπεντίνη μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές συμπεριφοράς σε ασθενείς με γνωστικά ελλείμματα.

Ασθενείς θεραπευόμενοι με ΑΕΦ μπορεί να εμφανίσουν φαρμακοεπαγόμενα συμπτώματα κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού.

Η φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη, παροξετίνη, αλοπεριδόλη, λοξαπίνη, ρισπεριδόνη, κουετιαπίνη δυνατό να αναστέλλουν την κάθαρση μερικών ΑΕΦ (φαινυτοΐνη, καρβαμαζεπίνη).

Η σιταλοπράμη και η εσιταλοπράμη δεν αναστέλλουν τον μεταβολισμό των ΑΕΦ και η επίδραση της σερτραλίνης είναι ελάχιστη.

Η βενλαφαξίνη και η ντουλοξετίνη είναι άπιθανο να προκαλέσουν σημαντικές αλληλεπιδράσεις με τα ως τώρα χρησιμοποιούμενα ΑΕΦ.

**Συμπεράσματα:** Η φαρμακευτική προσέγγιση ΑΜΕ πρέπει να βασίζεται στην αποτελεσματικότητα των ΑΕΦ, στο προφίλ των παρενεργιών τους, στις φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές τους ιδιότητες οι οποίες έχουν θεραπευτικές δράσεις αλλά ταυτόχρονα μπορεί να προκαλέσουν τα ίδια ψυχιατρικά συμπτώματα.

### ΡΟ.18 ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗ ΑΓΩΓΗ

**Θ. Κυζιρίδης<sup>1</sup>, Ν. Μοσχόπουλος<sup>1</sup>, Ζ. Νασίκα<sup>2</sup>, Ι. Διακογιάννης<sup>1</sup>, Ι. Νηματούδης<sup>1</sup>**

*1 Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ,*

*2 Α΄ Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, Ψ.Ν.Θ.*

**Εισαγωγή:** Αντικά φάρμακα, όπως αυτά που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της ΗCV και της HIV λοίμωξης, μπορούν να προκαλέσουν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες από την ψυχική σφαίρα. Επιπλέον, η γνώση των πιθανών φαρμακοκινητικών αλληλεπιδράσεων των συχνότερα χρησιμοποιούμενων φαρμάκων στην κλινική πράξη είναι σημαντική: μπορεί να βοηθήσει να αποφευχθούν ανεπιθύμητα συμβάματα τα οποία να οδηγήσουν σε αυξημένες επισκέψεις σε γιατρούς, ιατρικές εξετάσεις ή προβλήματα στην καθημερινότητα των ασθενών. Παρ' όλα αυτά, και επειδή δεν είναι δυνατό κάποιος να έχει πλήρη γνώση όλων των πιθανών αλληλεπιδράσεων, απαιτούνται αυξημένη φαρμακοεπαγρύπνηση και τακτική ενημέρωση.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της περίπτωσης ενός ασθενούς με έντονες ψυχιατρικές εκδηλώσεις απότοκες νέας φαρμακευτικής αγωγής για την ηπατίτιδα C και ενός ασθενούς που παρουσίασε έντονη υπνηλία με την αντιρετροϊκή αγωγή που έλαβε για HIV λοίμωξη.

**Υλικό και μέθοδοι:** Πρόκειται για δύο αναφορές περιπτώσεων ασθενών που παρακολουθούνται στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:**

- 1ος ασθενής: άνδρας 48 ετών με χρόνιες αγχώδεις-καταθλιπτικές εκδηλώσεις σε έδαφος διαταραχής προσωπικότητας. Λόγω του παλαιού ιστορικού ενδοφλέβιας χρήσης ουσιών νοσεί από χρόνια ΗCV

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

λοίμωξη για την οποία παρακολουθείται σε άλλο νοσοκομείο της πόλης. Βρισκόταν υπό αγωγή με βενλαφαξίνη, μριταζαπίνη και διαζεπάμη με την οποία αντιμετωπιζόνταν σε ικανοποιητικό βαθμό τόσο το άγχος όσο και οι χρόνιες διαταραχές ύπνου από τις οποίες υπέφερε. Για το πρόβλημα της ηπατίτιδας, τέθηκε σε νέα αγωγή από τους ηπατολόγους που τον παρακολουθούσαν (συνδυασμός ομπιατασβίρης/παριταπρεβίρης/ριτοναβίρης). Δύο εβδομάδες μετά την έναρξη της αγωγής, χωρίς να μεσολαβήσει κάποιο πρόβλημα ή αλλαγή στην ψυχοφαρμακευτική αγωγή, προσήλθε με έντονα, συνεχή ξεσπάσματα σε κλάματα, αναφορές για πολύ έντονη αϋπνία, σκέψεις αυτοκτονίας και έντονη κόπωση. Μετά από σχετική αναζήτηση, βρέθηκε ότι αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες θα μπορούσαν να αποδοθούν στο νέο φάρμακο. Έτσι, έγινε αναπροσαρμογή της ψυχοφαρμακευτικής αγωγής και ο ασθενής τέθηκε σε στενή κλινική παρακολούθηση από το ιατρείο μας μέχρι τη βελτίωση των συμπτωμάτων. Λίγες ημέρες αργότερα, παραπονούμενος για έντονη υπνηλία, χωρίς από τους ηπατολόγους και η ψυχική κατάσταση του ασθενούς παρουσίασε σημαντική βελτίωση και επάνοδο στα προηγούμενα επίπεδα.

- 2ος ασθενής: άνδρας 35 ετών με ιστορικό πιθανής ψυχτικής κατάθλιψης υπό αγωγή με ρισπεριδόνη (4 mg ημερησίως) και εσιταλοπράμη (20 mg ημερησίως). Ο ασθενής παρακολουθείτο επίσης σε άλλο ιατρείο του νοσοκομείου μας λόγω HIV λοίμωξης. Τέθηκε σε αγωγή με νέο αντιρετροϊκό φάρμακο (συνδυασμός ελβιτεγκραβίρης/κομπιστάτης/ εμτρικιταβίνης/τενοφοβίρης/δισοπροξιλής) και μετά από λίγες ημέρες προσήλθε εκτάκτως στο ιατρείο μας παραπονούμενος για έντονη υπνηλία, η οποία δεν αποδιδόταν σε ανεπιθύμητη ενέργεια του φαρμάκου. Αναζητώντας πιθανές φαρμακοκινητικές αλληλεπιδράσεις, βρήκαμε ότι το φάρμακο μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα φαρμάκων που μεταβολίζονται από το CYP 2D6, όπως η ρισπεριδόνη. Παρ' όλα αυτά, σταδιακή ελάττωση του αντιψυχωτικού μέχρι τα 2 mg όχι μόνο δεν οδήγησε σε ελάττωση της υπνηλίας, αλλά υπήρξε επανεμφάνιση έντονου άγχους, που μπορεί να ήταν κλινικό σημείο επερχόμενης υποτροπής. Αυξήσαμε ξανά τη δόση της ρισπεριδόνης στα προηγούμενα επίπεδα και ελαττώσαμε την εσιταλοπράμη κατά 5 mg. Με αυτή την αλλαγή, ο ασθενής ανέφερε μετά από μία εβδομάδα σημαντική βελτίωση στο αίσθημα υπνηλίας, χωρίς να επηρεαστεί η ψυχική του κατάσταση, και παραμένει έτσι μετά από 8 μήνες. Παρά το γεγονός ότι η εσιταλοπράμη περιγράφεται να μην προκαλεί καταστολή, παρά μόνο σπάνια, ούτε να έχει ιδιαίτερες επιδράσεις στα ενζυμικά συστήματα του CYP450, φαίνεται ότι, στην προκειμένη περίπτωση, με κάποιο τρόπο οδήγησε στην παραπάνω φαρμακοκινητική αλληλεπίδραση.

Καθώς νέα φάρμακα χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη, και πολλά από αυτά είναι πιθανό να τα λαμβάνουν ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα, χρειάζεται τακτική ενημέρωση για την κατάλληλη διάγνωση και αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών που μπορεί να προκύψουν.

### ΡΟ.19 ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΟΜΕΝΟΣ ΤΡΟΜΟΣ Ή ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝΙΣΜΟΣ;

**Θ. Κυζιρίδης<sup>1</sup>, Π. Ιωαννίδης<sup>2</sup>, Ι. Διακογιάννης<sup>1</sup>, Ι. Νηματούδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup> Β΄ Νευρολογική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**Εισαγωγή:** Ο φαρμακοεπαγόμενος τρόμος από αντιψυχωτικά φάρμακα είναι τυπικά τρόμος θέσεως που επηρεάζει τα άκρα, την κεφαλή, το στόμα ή τη γλώσσα. Σε αντίθεση με τον τρόπο στον ιδιοπαθή παρκινσονισμό τείνει να επιδεινώνεται με την κίνηση.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της περίπτωσης ενός ασθενούς με σχιζοφρένεια ο οποίος παρακολουθείται στο εξωτερικό ιατρείο ενέσιμων αντιψυχωτικών μακράς δράσης, στον οποίο ο τρόμος άνω άκρων διαπιστώθηκε ότι τελικά οφειλόταν σε ιδιοπαθή παρκινσονισμό.

**Υλικό και μέθοδο:** Πρόκειται για αναφορά περιπτώσεως ασθενούς που παρακολουθείται στο ιατρείο μας εδώ και περίπου 2 έτη.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:** Περιγράψουμε άνδρα ηλικίας 65 ετών, ο οποίος παρουσιάζει μακροχρόνιο ιστορικό σχιζοφρένειας. Νοσηλεύτηκε στην κλινική μας λόγω αυτόβουλης διακοπής των φαρμάκων και παραπέμφθηκε στο EI Depot με αγωγή ενέσιμης (50 mg/2 εβδομάδες) και από του στόματος ρισπεριδόνης (2 mg ημερησίως) καθώς και αντιχολινεργικού φαρμάκου. Στην κλινική του εικόνα κυριαρχούσαν, σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα, αρνητικά συμπτώματα. Παρουσίαζε από την αρχή ήπιο τρόπο άνω άκρων, που παρατηρούνταν και στην ηρεμία, χωρίς άλλα συμπτώματα ενδεικτικά διαταραχής του εξωπυραμιδικού συστήματος.

Μικρή αύξηση του αντιχολινεργικού δεν βελτίωσε τον τρόπο. Ομοίως, απουσία βελτίωσής του παρατηρήσαμε και με την ελάττωση της ρο ρισπεριδόνης, η οποία μάλιστα οδήγησε σε ήπιες διαταραχές συμπεριφοράς και άγχος. Ο τρόμος ήταν αμετάβλητος χωρίς, όπως ανέφερε ο ασθενής, να τον επηρεάζει ιδιαίτερα σε λεπτές εργασίες (όταν απαιτούνταν).

Ζητήθηκε εκτίμηση από νευρολόγο, ο οποίος διέγινωσε ιδιοπαθή παρκινσονισμό και απεικονιστική εξέταση εγκεφάλου από την οποία δεν προέκυψαν ιδιαίτερα ευρήματα. Τέθηκε σε αντιπαρκινσονική αγωγή και ταυτόχρονα ξεκίνησε σταδιακή αλλαγή του αντιψυχωτικού φαρμάκου.

### ΡΟ.20 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΤΟΝΗΣ ΑΚΑΘΗΣΙΑΣ ΜΕ ΠΡΟΠΡΑΝΟΛΟΛΗ

**Θ. Κυζιρίδης<sup>1</sup>, Μ. Μάρου<sup>1</sup>, Ζ. Νασίκα<sup>2</sup>, Ι. Διακογιάννης<sup>1</sup>, Ι. Νηματούδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ' Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup> Α' Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, Ψ.Ν.Θ.

**Εισαγωγή:** Η ακαθισία είναι ανεπιθύμητη ενέργεια που όχι μόνο επιδεινώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, αλλά μπορεί να οδηγήσει σε μη τήρηση των ιατρικών οδηγιών, ακόμη και σε απόπειρα αυτοκτονίας ή ετεροεπιθετικότητα λόγω της έντονης ψυχικής δυσφορίας που προκαλεί. Τα τρία βασικά βήματα στην αντιμετώπισή της είναι η ελάττωση του νευροληπτικού, η προσθήκη φαρμάκου για την αντιμετώπισή της ή η αλλαγή του αντιψυχωτικού. Τα πιο αποτελεσματικά φάρμακα, στη δεύτερη περίπτωση, θεωρούνται οι β-αποκλειστές.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της περίπτωσης ενός ασθενούς με έντονη ακαθισία που τελικά αντιμετωπίστηκε με προπρανολόλη.

**Υλικό και μέθοδοι:** Πρόκειται για αναφορά περιπτώσεως ασθενούς που παρακολουθείται στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:** Περιγράψουμε άνδρα ασθενή 51 ετών με διάγνωση σχιζοφρένειας. Βρίσκεται υπό αγωγή τόσο με δεκανοϊκή (150 mg/4 εβδομάδες) όσο και από του στόματος αλοπεριδόλη (30 mg ημερησίως), αντιχολινεργικό και διαζεπάμη (10 mg άπαξ το βράδυ). Στις πρώτες επισκέψεις στο ιατρείο μετά βίας μπορούσε να καθίσει στην καρέκλα για λίγα δευτερόλεπτα: ήταν ανήσυχος, σηκώνόταν συνεχώς και περπατούσε, κάτι που έκανε, όπως περιέγραφε, τον περισσότερο χρόνο και στο σπίτι του (τιμή στην κλίμακα ακαθισίας Barnes: 11).

Αρχικά έγινε σταδιακή ελάττωση της ρο αλοπεριδόλης χωρίς ιδιαίτερα αποτελέσματα και κατόπιν αυξήθηκε η διαζεπάμη από τα 10 στα 20 mg ημερησίως χωρίς, επίσης, να υπάρξει ιδιαίτερη βελτίωση. Δόθηκε οδηγία στον ασθενή για έναρξη προπρανολόλης σε δόση 20 mg (μοιρασμένη σε δύο ισόποσες δόσεις το πρωί και το μεσημέρι) με ταυτόχρονη μέτρηση των σφύξεων και της αρτηριακής πίεσης. Ο ασθενής σημείωσε σημαντική βελτίωση (τιμή στην κλίμακα ακαθισίας Barnes: 5) και έκτοτε παραμένει σε ικανοποιητική κλινική κατάσταση.

Η προπρανολόλη φάνηκε ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αντιμετώπιση ενός τόσο στρεσογόνου συμπτώματος, όπως η ακαθισία. Βελτίωσε την ποιότητα ζωής του ασθενούς και τη διάθεσή του για συνέχιση της παρακολούθησης και της τήρησης των ιατρικών οδηγιών.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΡΟ.21 ΑΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΓΝΩΣΙΑΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΡΗΞΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ

**Θ. Κυζιρίδης<sup>1</sup>, Α. Θεοφυλίδης<sup>1</sup>, Ε. Παπουτσής<sup>1</sup>, Π. Προκοπίου<sup>1</sup>, Ζ. Νασικά<sup>2</sup>, Ι. Νηματούδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup> Α΄ Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, Ψ.Ν.Θ.

**Εισαγωγή:** Η απάθεια, δηλαδή η έλλειψη ενδιαφέροντος, κινητοποίησης, ύπαρξης συναίσθηματος, έχει περιγραφεί ως αποτέλεσμα αγγειακού συμβάματος, σε συνδυασμό με ή χωρίς την παρουσία κατάθλιψης. Η αντιμετώπισή της είναι γενικά δύσκολη.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της περίπτωσης ενός ασθενούς που προσήλθε με τους οικείους του λόγω αναφερόμενης σημαντικής έκπτωσης λειτουργικότητας.

**Υλικό και μέθοδοι:** Πρόκειται για αναφορά περιπτώσεως ασθενούς που παρακολουθείται στο εξωτερικό μας ιατρείο εδώ και περίπου 2 έτη.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:** Αναφερόμαστε σε άνδρα ηλικίας 56 ετών, ο οποίος, ένα χρόνο πριν από την προσέλευση στο ιατρείο μας, είχε υποστεί αιφνίδια ρήξη ανευρύσματος εγκεφαλικής αρτηρίας με συνοδό αιμορραγία και ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα μετωποκροταφικά αριστερά.

Κατά την προσέλευσή του στο πρώτο ραντεβού παρουσίαζε έντονη απάθεια με επίπεδο συνείδησης και, όπως περιγράφαν οι οικείοι του, καμία σχεδόν λειτουργικότητα. Η προνοσηρή προσωπικότητα περιγραφόταν χωρίς ιδιαίτερα παθολογικά γνωρίσματα και το ψυχιατρικό ιστορικό αναφερόταν ελεύθερο. Ο ασθενής εργαζόταν και διατηρούσε ικανοποιητική λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς της ζωής του.

Ο πλήρης νευρογνωσιακός έλεγχος αποκάλυψε σοβαρά ελλείμματα απότοκα της οργανικής βλάβης. Για την απάθεια χορηγήθηκαν αντικαταθλιπτικά, κατά κύριο λόγο φλουοξετίνη, χωρίς όμως να υπάρξει καμία απολύτως βελτίωση της κατάστασής του. Αποφύγαμε τη συνταγογράφηση βουπροπιόνης καθώς ο ασθενής λάμβανε αντιπηλπητική αγωγή για την πρόληψη μετεγχειρητικής επιληψίας. Επί δύο έτη που παρακολουθείται, η κλινική κατάσταση του ασθενούς δεν παρουσιάζει καμία ουσιαστικά βελτίωση. Η απάθεια είναι σύμπτωμα εξαιρετικά δύσκολο στην αντιμετώπισή του.

### ΡΟ.22 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΥΧΩΣΗ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ

**Θ. Κυζιρίδης, Α. Μαυρίδου, Β. Νικολάου, Π. Προκοπίου, Ι. Διακογιάννης, Ι. Νηματούδης**

Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**Εισαγωγή:** Η παχυσαρκία είναι ένα χρόνιο νόσημα. Εκτιμάται με τον δείκτη μάζας σώματος (BMI) και είναι αποτέλεσμα πρόσληψης μεγαλύτερης ποσότητας θερμίδων από αυτή που καταναλώνεται. Επηρεάζει πολλά οργανικά συστήματα και σχετίζεται με σημαντική συννόσηση, σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο, έντονο κοινωνικό στιγματισμό και ψυχολογικό στρες.

**Σκοπός:** Η μέτρηση του δείκτη μάζας σώματος σε δείγμα πασχόντων από ψύχωση και η πιθανή συσχέτιση με τη φαρμακευτική αγωγή που αυτοί λαμβάνουν.

**Υλικό και μέθοδος:** Πρόκειται για δείγμα ασθενών με ψύχωση που εξετάστηκαν το τελευταίο τρίμηνο του 2015 και το πρώτο τρίμηνο του 2016 στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο της κλινικής.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:** Σε αυτό το δείγμα περιλαμβάνονται 26 ασθενείς, 11 άνδρες και 15 γυναίκες. Οι διαγνώσεις περιλαμβάνουν σχιζοφρενική ψύχωση (5 άνδρες και 7 γυναίκες), μη οργανική ψύχωση (4 άνδρες και 6 γυναίκες), σχιζοσυναισθηματική διαταραχή (1 γυναίκα) και άλλες ψυχωτικές διαταραχές (2 άνδρες και 1 γυναίκα).

Η μέση τιμή BMI σε όλο το δείγμα ήταν 28,2 (κατηγορία υπέρβαρων), με μικρή διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών (28,6 για τους πρώτους και 27,9 για τις δεύτερες).

Δεν υπάρχει διαφορά στον αριθμό παχύσαρκων ασθενών (BMI>30) μεταξύ ανδρών και γυναικών (4 άτομα από κάθε φύλο).

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Φυσιολογικό βάρος (BMI=20-25) είχαν 5 άτομα (3 άνδρες και 2 γυναίκες), υπέρβαροι ήταν σχεδόν οι μισοί (12 άτομα, εκ των οποίων 4 άνδρες και 8 γυναίκες), 8 ασθενείς ήταν παχύσαρκοι και 1 γυναίκα ασθενής είχε BMI<20 (λιποβαρής).

Δεδομένου ότι αυτό το πρώτο δείγμα είναι μικρό και όλοι οι ασθενείς λαμβάνουν συνδυασμούς φαρμάκων, δεν είναι εύκολη η εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την επίδραση συγκεκριμένων φαρμάκων στον BMI.

Η μέτρηση του BMI είναι μία εύκολη, απλή και ταχεία μέθοδος εκτίμησης της παχυσαρκίας. Λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία και τη συχνότητα του μεταβολικού συνδρόμου σε ασθενείς με ψύχωση, μπορεί να αποτελέσει ένα πρακτικό τρόπο εκτίμησης και καθοδήγησης αυτών των ασθενών.

### ΡΟ.23 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΕΝΕΣΙΜΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΜΑΚΡΑΣ ΔΡΑΣΗΣ

**Θ. Κυζιρίδης<sup>1</sup>, Π. Φωτιάδης<sup>2</sup>, Ι. Νηματούδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup> 424 Γ.Σ.Ν.Ε. Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η ποιότητα ζωής είναι σημαντική παράμετρος που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τη διαχείριση χρόνιως πασχόντων. Το ερωτηματολόγιο Q-LES-Q-SF (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form) εκτιμά την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασθενείς από διάφορους τομείς της ζωής τους: σωματική υγεία, διάθεση, διαπροσωπικές σχέσεις, σεξουαλικό ενδιαφέρον κ.α.

**Σκοπός:** Η εκτίμηση της ικανοποίησης που αντλούν από την ποιότητα ζωής τους οι ασθενείς του ιατρείου μας με τη χρήση του προαναφερθέντος ερωτηματολογίου.

**Υλικό και μέθοδοι:** Υλικό αποτέλεσαν ασθενείς του εξωτερικού ιατρείου Depot της κλινικής μας οι οποίοι και ερωτήθηκαν με τη χρήση του ερωτηματολογίου κατά το 1<sup>ο</sup> εξάμηνο του 2016.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 39 ασθενείς (19 άνδρες και 20 γυναίκες) που παρακολουθούνται στο ιατρείο μας. Οι περισσότεροι ήταν ασθενείς με σχιζοφρένεια (9 άνδρες και 7 γυναίκες) ή άλλες μη οργανικές ψυχώσεις (7 άνδρες και 8 γυναίκες). Από τους υπόλοιπους 8, τρεις έπασχαν από σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, 2 από διπολική διαταραχή και 3 από άλλες παθήσεις (ψυχώσεις σχετιζόμενες με ουσίες και διαταραχές προσωπικότητας).

Στο σύνολο των ασθενών, η μέση τιμή ήταν 39,7 (περίπου 45-46% της μέγιστης ικανοποίησης από την ποιότητα ζωής). Η αντίστοιχη τιμή για τους άνδρες ήταν 38,8 (περίπου 45% της μέγιστης ικανοποίησης από την ποιότητα ζωής) ενώ για τις γυναίκες ανερχόταν σε 40,5 (περίπου 46-48% της μέγιστης ικανοποίησης από την ποιότητα ζωής).

Από την εξέταση αυτού του δείγματος, φαίνεται ότι οι ασθενείς αντλούν γενικά χαμηλή ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής τους. Κατά συνέπεια, θα πρέπει ίσως να δοθεί προσοχή και σε άλλες πλευρές της καθημερινότητας των ασθενών, πέραν όσων σχετίζονται με την ιατρική παρακολούθηση και την ψυχοφαρμακευτική αγωγή.

### ΡΟ.24 ΙΑΤΡΕΙΟ ΕΝΕΣΙΜΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΜΑΚΡΑΣ ΔΡΑΣΗΣ: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ CALGARY

**Θ. Κυζιρίδης<sup>1</sup>, Π. Φωτιάδης<sup>2</sup>, Ι. Νηματούδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup> 424 Γ.Σ.Ν.Ε. Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, τόσο με την τακτική κλινική εξέταση όσο και με τη χρήση κλιμάκων, έχει βαρύνουσα σημασία για την ποιότητα ζωής των πασχόντων.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

**Σκοπός:** Η εκτίμηση της κατάθλιψης με τη χρήση της κλίμακας Calgary σε ασθενείς με σχιζοφρένεια που παρακολουθούνται στο εξωτερικό ιατρείο ενέσιμων αντιψυχωτικών μακράς δράσης της κλινικής μας.

**Υλικό και μέθοδοι:** Από τους ασθενείς του ιατρείου μας, επιλέχθηκαν 24 άτομα που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας ή της μη οργανικής ψύχωσης. Εξετάστηκαν με τη χρήση της κλίμακας και με κλινική εξέταση κατά το 2ο εξάμηνο του 2016.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:** Από τους 24 ασθενείς που εξετάστηκαν, άνδρες ήταν οι 13 και γυναίκες οι 11. Ο μέσος όρος παρακολούθησης ήταν 15,2 μήνες περίπου (2-34 μήνες): 17,7 μήνες για τους άνδρες και 12,2 μήνες για τις γυναίκες. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών (11 άνδρες και 7 γυναίκες) λάμβαναν ενέσιμο αντιψυχωτικό 2ης γενιάς, ενώ οι υπόλοιποι 6 λάμβαναν δεκανοϊκή αλοπεριδόλη.

Η μέση τιμή στην κλίμακα ήταν 1,125, τιμή πολύ χαμηλή τόσο στο σύνολο όσο και σε κάθε φύλο ξεχωριστά (άνδρες: 1,23 και γυναίκες: 1). Για τους 6 ασθενείς, που λάμβαναν 1ης γενιάς αντιψυχωτικό, η μέση τιμή ήταν 1,67 ενώ για τους υπόλοιπους 18 η μέση τιμή ήταν 0,94.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η κλίμακα Calgary δείχνει εξαιρετικά χαμηλές τιμές σε αυτό το δείγμα ασθενών. Λαμβάνοντας υπόψη το μικρό δείγμα ασθενών και τις πολύ χαμηλές τιμές στην κλίμακα, δεν μπορούν να εξαχθούν πολύ αξιόπιστα συμπεράσματα για τις διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ή αντιψυχωτικών 1ης και 2ης γενιάς.

ΡΟ.25 ΙΑΤΡΕΙΟ ΕΝΕΣΙΜΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΜΑΚΡΑΣ ΔΡΑΣΗΣ: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ, ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΥΧΩΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ CGI

**Θ. Κυζιρίδης<sup>1</sup>, Π. Φωτιάδης<sup>2</sup>, Ι. Νηματούδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup> 424 Γ.Σ.Ν.Ε. Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η κλίμακα CGI (Clinical Global Impression) είναι από τις πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενες βραχείες κλίμακες εκτίμησης στην ψυχιατρική. Στόχος της είναι να παρέχει μια σφαιρική εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου, της βελτίωσης και της απόκρισης στη φαρμακευτική θεραπεία.

**Σκοπός:** Η εκτίμηση του βαθμού μεταβολής της βαρύτητας της νόσου, συνολικής βελτίωσης και αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής σε ασθενείς με ψύχωση που παρακολουθούνται στο ιατρείο ενέσιμων αντιψυχωτικών μακράς δράσης της κλινικής μας.

**Υλικό και μέθοδοι:** Από τους ασθενείς του ιατρείου μας, επιλέχθηκαν 24 που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας ή της μη οργανικής ψύχωσης. Εξετάστηκαν με τη χρήση της ανωτέρω κλίμακας κατά το 2ο εξάμηνο του 2016.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:**

Από τους 24 ασθενείς που εξετάστηκαν, άνδρες ήταν οι 13 και γυναίκες οι 11. Ο μέσος όρος παρακολούθησης ήταν 15,2 μήνες περίπου (2-34 μήνες): 17,7 μήνες για τους άνδρες και 12,2 μήνες για τις γυναίκες.

Για το σύνολο των ασθενών, η τιμή στην κλίμακα βαρύτητας της νόσου (0-7 με αύξουσα σειρά βαρύτητας) εκτιμήθηκε στο 5,7 κατά την αρχή της παρακολούθησης και στο 2,95 στο τέλος της παρακολούθησης (για όσους περάτωσαν την παρακολούθηση) ή τον Δεκέμβριο του 2016 για όσους συνεχίζουν (βελτίωση κατά 48% περίπου). Για τους άνδρες, η τιμή στην κλίμακα κατά την αρχή της εκτίμησης ήταν 5,8 περίπου και κατά το πέρας της εκτίμησης 3,15 (βελτίωση 46% περίπου). Για τις γυναίκες, οι αντίστοιχες τιμές ήταν 5,5 και 2,7 αντίστοιχως (βελτίωση κατά 51% περίπου).

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Στη συνολική βελτίωση, για το σύνολο των ασθενών, η τιμή στην κλίμακα συνολικής μεταβολής (1-7 ξεκινώντας από την πολύ σημαντική βελτίωση) εκτιμήθηκε στο 2,3 (αρκετή βελτίωση). Για τους άνδρες, η τιμή στην κλίμακα ήταν 2,15 περίπου και για τις γυναίκες ελαφρά μεγαλύτερη (2,5 περίπου). Στην αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής, για το σύνολο των ασθενών, η τιμή στην κλίμακα δείκτη αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής (1: σημαντική βελτίωση χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες -16: αμετάβλητη ή επιδεινωμένη κατάσταση με τις ανεπιθύμητες ενέργειες να ξεπερνούν τα πιθανά οφέλη) εκτιμήθηκε στο 3,7. Για τους άνδρες, η τιμή στην κλίμακα ήταν 4,5 περίπου και για τις γυναίκες αρκετά καλύτερη (2,7 περίπου).

Συμπερασματικά, με τη χρήση της παραπάνω κλίμακας, διαπιστώνεται σημαντική βελτίωση των ασθενών κατά τη διάρκεια παρακολούθησής τους στο ιατρείο ενώ φαίνεται έμμεσα ότι η ψυχοφαρμακευτική αγωγή στο ιατρείο Depot βοηθά σημαντικά στην κλινική βελτίωση των συμπτωμάτων χωρίς ιδιαίτερες ανεπιθύμητες ενέργειες.

### ΡΟ.26 ΙΑΤΡΕΙΟ ΕΝΕΣΙΜΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΜΑΚΡΑΣ ΔΡΑΣΗΣ: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΤΗΡΗΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ROMI

**Θ. Κυζιρίδης<sup>1</sup>, Π. Φωτιάδης<sup>2</sup>, Ι. Νηματούδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup> 424 Γ.Σ.Ν.Ε. Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η κλίμακα ROMI (Rating of Medication Influences) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ταυτοποίηση παραγόντων που σχετίζονται με την τήρηση ή την απουσία τήρησης των ιατρικών οδηγιών σχετικά με τη φαρμακοθεραπεία σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις.

**Σκοπός:** Η εκτίμηση του βαθμού τήρησης των ιατρικών οδηγιών από ασθενείς με ψύχωση και ο εντοπισμός παραγόντων που σχετίζονται με αυτή.

**Υλικό και μέθοδοι:** Από τους ασθενείς του ιατρείου μας, επιλέχθηκαν 24 που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της σχιζοφρένειας ή της μη οργανικής ψύχωσης. Εξετάστηκαν με τη χρήση της ανωτέρω κλίμακας το 2<sup>ο</sup> εξάμηνο του 2016.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:** Από τους 24 ασθενείς που εξετάστηκαν, άνδρες ήταν οι 13 και γυναίκες οι 11. Ο μέσος όρος παρακολούθησης ήταν 15,2 μήνες περίπου (2-34 μήνες): 17,7 μήνες για τους άνδρες και 12,2 μήνες για τις γυναίκες.

Για το σύνολο των ασθενών, η τιμή στην κλίμακα επιθυμίας λήψης του φαρμάκου (0-21) ήταν 12,2 ενώ η αντίστοιχη στην κλίμακα απροθυμίας λήψης του φαρμάκου (0-39) ήταν 9,6. Για τους άνδρες, οι αντίστοιχες τιμές ήταν 11,8 και 10,5 ενώ για τις γυναίκες ήταν 12,7 και 8,5, φαίνεται δηλαδή να παρουσιάζουν υψηλότερη τιμή στην κλίμακα επιθυμίας λήψης και χαμηλότερη σε αυτή της απροθυμίας λήψης του φαρμάκου.

Από τις προτάσεις της κλίμακας επιθυμίας λήψης, υψηλότερες τιμές παρατηρήθηκαν σε αυτές της θετικής σχέσης με τον θεράποντα και της θετικής στάσης της οικογένειας απέναντι στη λήψη του φαρμάκου. Από τις προτάσεις της κλίμακας απροθυμίας λήψης, υψηλότερες τιμές παρατηρήθηκαν σε αυτές της άρνησης της νόσου, του στρες από τις ανεπιθύμητες ενέργειες και της πίστης του ασθενούς ότι τα φάρμακα δεν ήταν απαραίτητα στην παρούσα φάση.

Παρά το γεγονός ότι, όπως στους περισσότερους ασθενείς με ψύχωση, και σε αυτούς του δείγματος μας υπάρχουν προβλήματα όπως η άρνηση της νόσου και η πίστη ότι τα φάρμακα δεν είναι απαραίτητα, φαίνεται ότι αυτά αντισταθμίζονται από θετικούς παράγοντες όπως η θεραπευτική συμμαχία και το θεραπευτικό πλαίσιο.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΡΟ.27 ΕΝΤΟΝΗ ΦΛΕΒΟΚΟΜΒΙΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΚΛΟΖΑΠΙΝΗΣ-ΦΛΟΥΟΞΕΤΙΝΗΣ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

**Θ. Κυζιρίδης, Ι. Ιεροδιακόνου-Μπένου, Ε. Χαρταμπίλα, Χ. Μαλλίδου, Ι. Νηματούδης**

Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**Εισαγωγή:** Η φλεβοκομβική ταχυκαρδία είναι γνωστή ανεπιθύμητη ενέργεια της κλοζαπίνης που εμφανίζεται, κατά κύριο λόγο, το πρώτο διάστημα της θεραπείας.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς που εμφάνισε έντονη φλεβοκομβική ταχυκαρδία από την προσθήκη φλουοξετίνης σε αγωγή με κλοζαπίνη.

**Υλικό και μέθοδοι:** Πρόκειται για αναφορά περιπτώσεως 39χρονης ασθενούς από το τακτικό εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:** Η ασθενής βρίσκεται υπό αγωγή με 550 mg κλοζαπίνης εδώ και χρόνια για την αντιμετώπιση σχιζοφρενικής ψύχωσης με πολύ καλή ανταπόκριση και εξαιρετική λειτουργικότητα. Με αφορμή την πρόταση που της έγινε, για έναρξη επαγγελματικής απασχόλησης, παρουσίασε άγχος και έντονους ψυχαναγκαστικού χαρακτήρα φόβους ότι θα αποτύχανε. Επειδή αυτές οι σκέψεις διαρκούσαν αρκετές ημέρες και της προκαλούσαν έντονη ενόχληση ζήτησε βοήθεια. Συνταγογραφήθηκε φλουοξετίνη, αρχικά σε δόση 10 mg ημερησίως, με σύσταση για διπλασιασμό της δόσης έπειτα από 4 ημέρες.

Με τη λήψη του αντικαταθλιπτικού, η ασθενής παρουσίασε έντονη φλεβοκομβική ταχυκαρδία (> 150 σφύξεις/λεπτό), επισκέφθηκε καρδιολόγο σε τμήμα επειγόντων περιστατικών και έλαβε βενζοδιαζεπίνη για λίγες ημέρες διακόπτοντας ταυτόχρονα το αντικαταθλιπτικό φάρμακο. Η ταχυκαρδία υποχώρησε και η φλουοξετίνη αντικαταστάθηκε από εμάς με εσιταλοπράμη. Εδώ και 6 μήνες, υπό αυτή την αγωγή, παρουσιάζει ικανοποιητική κλινική ανταπόκριση χωρίς επανεμφάνιση της ταχυκαρδίας.

Αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια οφειλόταν πιθανώς σε φαρμακοκινητική αλληλεπίδραση. Η ταυτόχρονη χρήση φαρμάκων που είναι αναστολείς ενζύμων του κυτοχρώματος P450, όπως η φλουοξετίνη, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Η συγχρηγήση κλοζαπίνης με αναστολέα 2D6 ή 3A4 (η φλουοξετίνη είναι αναστολέας σε αμφότερα τα ενζυμικά συστήματα) μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των επιπέδων κλοζαπίνης αν και, όπως περιγράφεται, δεν χρειάζεται συνήθως τροποποίηση δόσης. Αυτό δεν επαληθεύτηκε στην περίπτωση μας. Αντιθέτως, η εσιταλοπράμη δεν έχει σημαντικές επιδράσεις στα ένζυμα του CYP 450. Η εμφάνιση μιας νέας ανεπιθύμητης ενέργειας με την προσθήκη φαρμάκου πρέπει να αυξάνει άμεσα την υποψία για φαρμακοεπαγόμενο σύμβαμα.

ΡΟ.28 ΕΞΑΝΘΗΜΑ ΑΠΟ ΒΟΥΠΡΟΠΙΟΝΗ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

**Θ. Κυζιρίδης<sup>1</sup>, Ι. Διακογιάννης<sup>1</sup>, Γ.-Ο. Μυλωνάς<sup>1</sup>, Ε. Νικολαΐδου<sup>1</sup>, Ζ. Νασίκα<sup>2</sup>, Ι. Νηματούδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup> Α΄ Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, Ψ.Ν.Θ.

**Εισαγωγή:** Το φαρμακοεπαγόμενο εξάνθημα από βουπροπιόνη περιγράφεται στις συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου που όμως δεν έχει τύχει ιδιαίτερης προσοχής.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση δύο περιπτώσεων ασθενών που παρουσίασαν εξάνθημα μετά από λήψη βουπροπιόνης.

**Υλικό και μέθοδοι:** Πρόκειται για αναφορές περιπτώσεων δύο ασθενών που παρακολουθούνται τα τελευταία 2 χρόνια στο ιατρείο μας.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:**

- 1ος ασθενής: άνδρας 48 ετών με μακροχρόνιο ιστορικό δυσθυμίας και αυτοάνοσου-ρευματολογικού νοσήματος υπό αγωγή με ντουλοξετίνη 30 mg ημερησίως. Λόγω αιτιάσεων για ανέργεια και



## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

απόσυρση προστέθηκε στην αγωγή του βουπροπιόνη σε δόση 150 mg ημερησίως. Μετά από μία ημέρα εμφάνισε έντονο εξάνθημα στον κορμό χωρίς άλλα συμπτώματα. Επισκέφθηκε εφημερεύον νοσοκομείο όπου έλαβε ενδοφλέβια αγωγή με κορτιζόνη, διακόπηκε η βουπροπιόνη και το εξάνθημα υποχώρησε.

- 2ος ασθενής: γυναίκα 47 ετών με βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο σε έδαφος αγχώδους προσωπικότητας με μερική απόκριση στην αγωγή με φλουοξετίνη και μιρταζαπίνη. Κατόπιν προστέθηκε βουπροπιόνη, αρκετές ημέρες μετά την έναρξη της οποίας εμφάνισε εξάνθημα στον κορμό χωρίς άλλα συμπτώματα. Επισκέφθηκε δερματολόγο ο οποίος έδωσε αγωγή με αλοιφή και απέδωσε το εξάνθημα σε στρες. Τρεις μήνες αργότερα, επανεμφανίστηκε το ίδιο εξάνθημα (μόνο στον κορμό) και τότε αποφασίστηκε η διακοπή της βουπροπιόνης, η οποία οδήγησε και στην υποχώρηση του εξανθήματος.

Είναι χαρακτηριστικό ότι και στις δύο περιπτώσεις το εξάνθημα εμφανίστηκε μόνο στον κορμό. Θα πρέπει να έχουμε υπόψη ότι κάθε φάρμακο μπορεί δυνητικά να οδηγήσει σε εμφάνιση εξανθήματος, για το οποίο ίσως να απαιτηθεί επείγουσα παρέμβαση.

### ΡΟ.29 ΕΠΙΛΗΨΙΑ Ή ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ; ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

**Θ. Κυζιρίδης<sup>1</sup>, Μ. Μάρου<sup>1</sup>, Ζ. Νασίκα<sup>2</sup>, Π. Προκοπίου<sup>1</sup>, Ι. Νηματούδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup> Α΄ Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, Ψ.Ν.Θ.

**Εισαγωγή:** Η μεσοκρισική ψύχωση σε ασθενείς με επιληψία αποτελεί πολλές φορές δυσεπίλυτο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα. Δεδομένου ότι η κλινική της συμπτωματολογία είναι σχιζοφρενικόμορφη δεν είναι εύκολο να τεθεί η διάγνωση του αν πρόκειται περί σχιζοφρένειας ή ψύχωσης της επιληψίας.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της περίπτωσης ενός ασθενούς με επιληψία που προσήλθε λόγω μακροχρόνιας ψυχωτικής συμπτωματολογίας.

**Υλικό και μέθοδοι:** Πρόκειται για αναφορά περιπτώσεως ασθενούς που παρακολουθείται στο εξωτερικό μας ιατρείο εδώ και περίπου 2 έτη..

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:** Αναφερόμαστε σε άνδρα ηλικίας 36 ετών με ιστορικό επιληψίας, πιθανώς μετατραυματικής, με έναρξη κατά την εφηβική ηλικία. Ο ασθενής βρισκόταν υπό αντιεπιληπτική αγωγή με μερική ανταπόκριση. Προσήλθε στο ιατρείο μας, μαζί με τον πατέρα του, λόγω αναφερόμενης μακροχρόνιας ψυχωτικής συμπτωματολογίας:

Αντιληπτικών διαταραχών, κατά κανόνα οπτικών ψευδαισθήσεων και, δευτερευόντως, στοιχειωδών ακουστικών ψευδαισθήσεων.

Παραληρητικών ιδεών συσχέτισεως και επιβουλήs.

Παραληρητικής διάθεσης και φόβου ότι θα του έκαναν κακό και, εξαιτίας αυτού του γεγονότος, παραμονή, σχεδόν συνεχής, στο σπίτι.

Πολύ χαμηλή λειτουργικότητα.

Τέθηκε σε αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή με μερική βελτίωση, ιδιαίτερα των παραληρητικών ιδεών. Στα πλαίσια της διερεύνησής του είχε υποβληθεί και σε εξέταση δείκτη νοημοσύνης, από την οποία προέκυψε ελαφρά νοητική υστέρηση. Το τελευταίο εύρημα περιέπλεξε περισσότερο τη διαφορική διάγνωση.

Στην πράξη, σε τέτοιες περιπτώσεις, είναι ουσιαστικά αδύνατο να τεθεί διάγνωση με απόλυτη βεβαιότητα. Η προσοχή στρέφεται στην επιλογή κατάλληλης ψυχοφαρμακευτικής αγωγής με τις λιγότερες πιθανότητες για ανεπιθύμητες ενέργειες και αλληλεπιδράσεις.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΡΟ.30 ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΥΠΟ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

**Θ. Κυζιρίδης, Ι. Ιεροδιακόνου-Μπένου, Ι. Νηματούδης**

Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**Εισαγωγή:** Η συνέχιση ψυχοφαρμακευτικής αγωγής σε γυναίκες κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης παρουσιάζει σημαντικές κλινικές προκλήσεις και ηθικά διλήμματα.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς που συνέχισε την ψυχοφαρμακευτική αγωγή της κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της.

**Υλικό και μέθοδοι:** Πρόκειται για αναφορά περιπτώσεως 34χρονης ασθενούς από το τακτικό εξωτερικό ιατρείο της κλινικής.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:** Αναφερόμαστε σε ασθενή που παρακολουθείται επί χρόνια στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας λόγω ψυχωτικής κατάθλιψης. Η ασθενής βρισκόταν υπό αγωγή με σερτραλίνη, κουετιαπίνη, αμιτριπτυλίνη, πρεγκαμπαλίνη και περιστασιακά χλωραζεπάτη. Παρουσίαζε καλή κλινική απόκριση στη θεραπεία με μέτρια λειτουργικότητα. Ενημερωνόταν τακτικά για τις αποφάσεις που έπρεπε να ληφθούν σε περίπτωση εγκυμοσύνης, η οποία αποτελούσε και επιθυμία της.

Προσήλθε εκτάκτως μία ημέρα αναφέροντας ότι βρισκόταν ήδη στη 10<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης και ότι το είχε μάθει μόλις προ εβδομάδος περίπου. Συζητήθηκε μαζί της το ενδεχόμενο διακοπής ή συνέχισης της θεραπείας και οι πιθανοί κίνδυνοι τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και του θηλασμού. Λόγω του επιβαρυσμένου οικογενειακού και του μακροχρόνιου ατομικού ιστορικού η κλινική απόφαση έκλινε προς την πλευρά συνέχισης της αγωγής. Η ασθενής από την πλευρά της ήταν κατηγορηματικά αντίθετη προς τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής φοβούμενη πιθανή υποτροπή. Διακόπηκαν άμεσα τόσο η χλωραζεπάτη όσο και η πρεγκαμπαλίνη και μετά από 2 ημέρες έγινε διακοπή και του τρικυκλικού αντικαταθλιπτικού. Συστήθηκε στην ασθενή να βρίσκεται σε τακτική επαφή μαζί μας, με επισκέψεις ανά δύο εβδομάδες, καθώς και να γίνει διασύνδεση με τον γυναικολόγο της. Παρότι πείστηκε αρκετά από διαταραχές ύπνου και, ιδιαίτερα, ψυχαναγκασμούς και, στην πορεία της κύησης, προέκυψαν σημαντικά οικογενειακά προβλήματα, η κύηση περατώθηκε χωρίς ιδιαίτερες επιπλοκές. Της συστήθηκε να αποφύγει τον θηλασμό κάτι που τήρησε. Το παιδί βρίσκεται σε ηλικία 10 μηνών περίπου χωρίς να παρουσιάζει προβλήματα στη μέχρι τώρα ανάπτυξη του.

Η απόφαση για την πιθανή συνέχιση ψυχοφαρμακευτικής αγωγής κατά την εγκυμοσύνη λαμβάνεται πάντα σε συνεργασία με τη γυναίκα και αφού εξηγηθούν οι πιθανοί κίνδυνοι. Τα νεότερα φάρμακα θεωρούνται γενικά ασφαλή, σε κάθε περίπτωση πάντως απαιτείται συνεχής επαγρύπνηση και πολύ τακτική παρακολούθηση.

### ΡΟ.31 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΕΝΕΣΙΜΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΜΑΚΡΑΣ ΔΡΑΣΗΣ

**Θ. Κυζιρίδης<sup>1</sup>, Π. Φωτιάδης<sup>2</sup>, Ι. Νηματούδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup> 424 Γ.Σ.Ν.Ε. Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Το μεταβολικό σύνδρομο αποτελεί μία από τις συχνότερες και πιο σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρούνται σε ασθενείς υπό αντιψυχωτική αγωγή, ιδιαίτερα με τα νεότερα σκευάσματα. Τα ψυχοτρόπα φάρμακα μπορούν να επηρεάσουν το βάρος σώματος μέσα από διαφορετικούς μηχανισμούς. Η καταγραφή και παρακολούθηση του βάρους σώματος σε αυτούς τους ασθενείς αποτελεί στόχο στα πλαίσια λειτουργίας ενός εξωτερικού ψυχιατρικού ιατρείου.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

**Σκοπός:** Η εκτίμηση των μεταβολών του βάρους σώματος σε ασθενείς ενός εξωτερικού ιατρείου και η συσχέτισή τους με τη λαμβανόμενη αγωγή και το φύλο.

**Υλικό και μέθοδοι:** Υλικό αποτέλεσαν ασθενείς του εξωτερικού ιατρείου Derot της κλινικής μας, στους οποίους γίνεται μέτρηση και καταγραφή του βάρους σώματος σε κάθε επίσκεψη.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 39 ασθενείς (19 άνδρες και 20 γυναίκες) που παρακολουθούνταν στο ιατρείο μας μέχρι και τον Δεκέμβριο 2016. Οι περισσότεροι ήταν ασθενείς με σχιζοφρένεια (9 άνδρες και 7 γυναίκες) ή άλλες μη οργανικές ψυχώσεις (7 άνδρες και 8 γυναίκες). Από τους υπόλοιπους 8, τρεις έπασχαν από σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, 2 από διπολική διαταραχή και 3 από άλλες παθήσεις (ψυχώσεις σχετιζόμενες με ουσίες και διαταραχές προσωπικότητας). Στο σύνολο τους ελάμβαναν οι μιν 12 (5 άνδρες και 7 γυναίκες) αλοπεριδόλη 150 mg, οι δε υπόλοιποι 27 ενέσιμα αντιψυχωτικά 2<sup>ης</sup> γενιάς: 16 ασθενείς (6 άνδρες και 10 γυναίκες) ελάμβαναν ολανζαπίνη 405 mg, 10 ασθενείς ρισπεριδόνη 50 mg (7 άνδρες και 3 γυναίκες) και 1 άνδρας παλιπεριδόνη 400 mg.

Στο σύνολο των ασθενών, διαπιστώθηκε αύξηση ΒΣ κατά 6,90% (άνδρες 4,45% και γυναίκες 9,20%). Παραλείποντας την παλιπεριδόνη (μόνο ένας ασθενής ελάμβανε το φάρμακο), η αλοπεριδόλη σχετιζόταν με τη μικρότερη αύξηση ΒΣ (3,32% στο σύνολο, 1,18% στους άνδρες και 4,84% στις γυναίκες) και η ολανζαπίνη με την υψηλότερη (10% στο σύνολο, 5,78% στους άνδρες και 12,53% στις γυναίκες). Στην ενδιάμεση θέση βρίσκονταν οι ασθενείς υπό ρισπεριδόνη (5,14% στο σύνολο, 3,8% στους άνδρες και 8,27% στις γυναίκες).

Συμπερασματικά, η ποσοτική ανάλυση των ευρημάτων μας επιβεβαίωσε τα ήδη γνωστά από τη βιβλιογραφία για τη σχέση αντιψυχωτικών και αύξησης βάρους σώματος με τις γυναίκες να επηρεάζονται περισσότερο από τους άνδρες. Στα πλαίσια λειτουργίας του ιατρείου μας υπάρχει διασύνδεση με την υπηρεσία διαιτολόγων του νοσοκομείου καθώς η αύξηση ΒΣ επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

### ΡΟ.32 ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΠΟ ΛΙΘΙΟ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

**Θ. Κυζιρίδης<sup>1</sup>, Κ. Φουντουλάκης<sup>1</sup>, Ζ. Νασίκα<sup>2</sup>, Μ. Μάρου<sup>1</sup>, Ι. Νηματούδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup> Α΄ Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, Ψ.Ν.Θ.

**Εισαγωγή:** Το λίθιο είναι φάρμακο που χρειάζεται μεγάλη προσοχή κατά τη χορήγησή του και συνεργασία από τον ασθενή. Η λήψη φαρμάκων, περισσότερου ή λιγότερου νερού ή αλατιού μπορεί να επηρεάσει τη συγκέντρωσή του λιθίου, το οποίο είναι νεφροτοξικό φάρμακο.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση δύο περιπτώσεων ασθενών που παρουσίασαν οξεία νεφρική ανεπάρκεια από λίθιο.

**Υλικό και μέθοδοι:** Πρόκειται για αναφορές περιπτώσεων δύο ασθενών που προσήλθαν στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας μετά την εμφάνιση και αντιμετώπιση της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:**

• 1ος ασθενής: άνδρας 68 ετών με μακροχρόνιο ιστορικό διπολικής διαταραχής υπό λίθιο 900 mg ημερησίως. Παρακολουθείτο σε εξωτερική βάση και προσήλθε εκτάκτως στο ιατρείο μας σε ημέρα γενικής εφημερίας του νοσοκομείου (δεν εφημέρευε η κλινική) με κολλώδη ομιλία, έντονο τρόμο άνω άκρων και αστάθεια βάδισης, για τα οποία είχε συνταγογραφηθεί μπινπεριδίνη από τον θεράποντα ιατρό. Λόγω της αυξημένης κλινικής υποψίας για τοξίκωση από λίθιο παραπέμφθηκε στο παθολογικό ιατρείο των επειγόντων. Διακόπηκε το λίθιο και υπεβλήθη σε συνεδρίες αιμοκάθαρσης σε εξωτερική βάση. Η νεφρική ανεπάρκεια αποκαταστάθηκε και, κατόπιν, τέθηκε σε αγωγή με

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

βαλπροϊκό, με σταδιακή αύξηση της δόσης στα 1000 mg ημερησίως. Έκτοτε, εδώ και περίπου 18 μήνες, βρίσκεται σε σταθερή κλινική κατάσταση με πολύ καλή ανταπόκριση στην αγωγή.

- 2ος ασθενής: άνδρας 71 ετών με μακροχρόνιο ιστορικό κατάθλιψης, για την οποία προστέθηκαν, ως ενίσχυση στη θεραπεία, 300 mg λιθίου. Λίγο καιρό μετά την έναρξη του φαρμάκου, ο ασθενής παρουσίασε οξεία νεφρική ανεπάρκεια, πιθανώς λόγω συστηματικής λήψης μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων για οστεοαρθρικά άλγη. Μεταφέρθηκε από τον τόπο διαμονής του, σε άλλο νομό της Μακεδονίας, στο νοσοκομείο μας, όπου νοσηλεύτηκε και υπεβλήθη σε αιμοκάθαρση. Η νεφρική ανεπάρκεια αποκαταστάθηκε, το λίθιο αποσύρθηκε και ο ασθενής δεν επανεμφάνισε πρόβλημα.

Λόγω της επικίνδυνης ανεπιθύμητης ενέργειας της νεφροτοξικότητας, η χορήγηση του λιθίου θα πρέπει να γίνεται με πολύ μεγάλη προσοχή και με παροχή τακτικών οδηγιών στον ασθενή. Θα πρέπει πάντοτε να υπάρχει κλινική επαγρύπνηση για πιθανότητα τοξίκωσης. Ιδιαίτερα, σε ηλικιωμένους ασθενείς, που είναι πολύ πιθανό να λαμβάνουν και άλλα φάρμακα, ή να αφυδατωθούν πιο εύκολα, θα πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση του φαρμάκου.

### ΡΟ.33 ΟΞΕΙΕΣ ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΔΟΣΗ ΒΕΝΛΑΦΑΞΙΝΗΣ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

**Θ. Κυζιρίδης, Μ. Μάρου, Α. Μαυρίδου, Ι. Διακογιάννης, Ι. Ιεροδιακόπου-Μπένου, Ι. Νηματούδης**  
Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**Εισαγωγή:** Οι αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι περισσότερο συνηθισμένες με τα παλαιότερα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, παρ' όλα αυτά υπάρχουν πιθανότητες εμφάνισής τους και με νεότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η βενλαφαξίνη, μέσω της δράσης της στη νορεπινεφρίνη, θα μπορούσε να έχει ανεπιθύμητη δράση στην απελευθέρωση ακετυλοχολίνης.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση δύο περιπτώσεων ασθενών που παρουσίασαν οξεία επίσχεση ούρων και οξύ γλαύκωμα κλειστής γωνίας μετά από μία δόση βενλαφαξίνης 75 mg.

**Υλικό και μέθοδοι:** Πρόκειται για αναφορές περιπτώσεων δύο ασθενών που εξετάστηκαν στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας.

#### **Αποτελέσματα και συμπεράσματα:**

- 1ος ασθενής: άνδρας 59 ετών με μακροχρόνιο ιστορικό μείζονος κατάθλιψης και αποπειρών αυτοκτονίας χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα. Επισκέφθηκε το τμήμα επείγοντων περιστατικών λόγω σκέψεων αυτοκτονίας. Χορηγήθηκε βενλαφαξίνη σε δόση 75 mg, αλλά την επόμενη ημέρα επισκέφθηκε εφημερεύοντα ουρολόγο λόγω επίσχεσης ούρων.
- 2ος ασθενής: Γυναίκα 60 ετών παραπέμφθηκε στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο της κλινικής λόγω αγγώδους-καταθλιπτικού συναισθήματος. Η ασθενής ανέφερε ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό. Ψυχωτικά συμπτώματα ή αυτοκτονικός ιδεασμός δεν διαπιστώθηκαν, ενώ οι γνωστικές λειτουργίες ήταν ανεπηρέαστες. Χορηγήθηκε αγωγή με βενλαφαξίνη, 75 mg ημερησίως, αλλά μετά την πρώτη δόση εμφάνισε έντονα ενοχλήματα από τους οφθαλμούς που την οδήγησαν στα επείγοντα του εφημερεύοντος νοσοκομείου. Διαπιστώθηκε οξύ γλαύκωμα κλειστής γωνίας και η ασθενής εισήχθη στην οφθαλμολογική κλινική, όπου διακόπηκε η χορήγηση του αντικαταθλιπτικού και η κατάστασή της βελτιώθηκε σημαντικά μέσα σε 3 ημέρες.

Παρότι όχι συνηθισμένες, πολύ περισσότερο μετά από μόνο μία δόση 75 mg βενλαφαξίνης, αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να εμφανιστούν προκαλώντας σημαντικά προβλήματα.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΡΟ.34 ΠΑΡΑΤΑΣΗ QT ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΑΡΙΠΙΠΡΑΖΟΛΗΣ-ΦΛΟΥΟΞΕΤΙΝΗΣ

**Θ. Κυζιρίδης, Μ. Μάρου, Π. Προκοπίου, Ι. Ιεροδιακόνου-Μπένου, Ι. Νηματούδης**

Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**Εισαγωγή:** Η παράταση του QT διαστήματος είναι σημαντική ανεπιθύμητη ενέργεια που μπορεί να εκδηλωθεί κλινικά με έντονη ταχυκαρδία και αίσθημα παλμών και να οδηγήσει σε συγκοπή, κοιλιακή μαρμαρυγή ακόμη και θάνατο, αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα.

**Σκοπός:** Η αναφορά της περίπτωσης μίας ασθενούς που παρουσίασε σημαντική παράταση του διαστήματος QT μετά από προσθήκη φλουοξετίνης στην αγωγή με αριπραζόλη.

**Υλικό και μέθοδο:** Πρόκειται για αναφορά περιπτώσεως ασθενούς που παρακολουθείται επί 10 χρόνια στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:** Περιγράφουμε γυναίκα 34 ετών που πάσχει από ψύχωση με έντονες και συνεχείς ψυχαναγκαστικού χαρακτήρα σκέψεις με θρησκευτικό περιεχόμενο. Βρίσκεται υπό αγωγή με αριπραζόλη (15 mg/ημερησίως) και εσιταλοπράμη (10 mg/ημερησίως). Λόγω έντονου καταθλιπτικού συναισθήματος, συχνών ξεσπασμάτων σε κλάματα και πιθανών παραληρητικών ιδεών ενοχής έγινε σταδιακή αύξηση της εσιταλοπράμης στα 15 και κατόπιν στα 20 mg ημερησίως. Εξαιτίας μη ανταπόκρισης έγινε αλλαγή του αντικαταθλιπτικού με φλουοξετίνη σε δόση 20 mg ημερησίως. Τέσσερις ημέρες αργότερα η ασθενής επισκέφθηκε το εφημερεύον καρδιολογικό τμήμα λόγω έντονου αισθήματος παλμών και ταχυκαρδίας. Από το ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώθηκε σημαντική παράταση του διαστήματος QTc (584 msec) και η ασθενής εισήχθη στην καρδιολογική κλινική. Η διερεύνηση δεν αποκάλυψε συγκεκριμένη αιτία της παράτασης και αρχικά η αριπραζόλη ελαττώθηκε στα 10 mg. Εξήλθε σε σταθερή κατάσταση με φυσιολογικό ΗΚΓ.

Στην πρώτη επανεκτίμηση στο εξωτερικό ιατρείο, δύο εβδομάδες μετά τη νοσηλεία στην καρδιολογική κλινική, έγινε αύξηση της αριπραζόλης στα 15 mg και ελάττωση της φλουοξετίνης στα 10 mg. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα έδειξε φλεβοκομβικό ρυθμό με QTc 406 mg. Εδώ και περίπου 3 μήνες βρίσκεται σε σταθερή, καλή κλινική κατάσταση με φυσιολογικό ΗΚΓ έλεγχο.

Η συγχορήγηση της φλουοξετίνης οδήγησε πιθανώς σε σημαντική αύξηση των επιπέδων της αριπραζόλης λόγω φαρμακοκινητικής αλληλεπίδρασης. Παρ' όλα αυτά, δεν μπορεί να εξηγηθεί πλήρως μόνο από αυτό το γεγονός η μεγάλη παράταση του QT διαστήματος, καθώς το αντιψυχωτικό δεν φαίνεται να προκαλεί τέτοιες καρδιολογικές ανεπιθύμητες ενέργειες.

### ΡΟ.35 ΠΕΡΙΓΕΓΡΑΜΜΗ ΑΜΗΝΣΙΑ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

**Θ. Κυζιρίδης<sup>1</sup>, Α. Θεοφυλίδης<sup>1</sup>, Ι. Ιεροδιακόνου-Μπένου<sup>1</sup>, Ζ. Νασίκα<sup>2</sup>, Ι. Νηματούδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup> Α΄ Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας, Ψ.Ν.Θ.

**Εισαγωγή:** Η αμηνσία για μία συγκεκριμένη ψυχοτραυματική περίοδο προσανατολίζει τη διαγνωστική σκέψη περισσότερο προς ψυχολογικά αίτια. Παρ' όλα αυτά, θα πρέπει να λαμβάνει κάποιος υπόψη πρώτα όλους τους πιθανούς οργανικούς παράγοντες.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση μίας ασθενούς με περιγεγραμμένη αμηνσία δύο μηνών που οφειλόταν σε οργανική βλάβη.

**Υλικό και μέθοδο:** Πρόκειται για αναφορά περιπτώσεως ασθενούς που παραπέμφθηκε στο εξωτερικό μας ιατρείο για διάγνωση και αντιμετώπιση.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:** Περιγράφουμε γυναίκα 65 ετών η οποία νοσηλεύτηκε για 50 περίπου ημέρες σε χειρουργική κλινική και υπεβλήθη σε διπλή επέμβαση στον στόμαχο. Μετά το

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

εξιτήριό της από την κλινική, εδώ και περίπου 9 μήνες, διατηρεί περιγεγραμμένη αμνησία αποκλειστικά για το διάστημα της νοσηλείας της στην κλινική. Η μνήμη της για τα γεγονότα τόσο πριν όσο και μετά τη νοσηλεία της είναι ανεπηρέαστη.

Κατά την 1η κλινική εξέταση χαρακτηριστικό ήταν το συναίσθημα μακαριότητας. Δεν έδειχνε να συνειδητοποιεί ότι υπάρχει πρόβλημα. Η εξέταση με MMSE τόσο κατά την 1η εξέταση όσο και μετά από 1 μήνα ήταν φυσιολογική. Παρ' όλα αυτά, ο πλήρης έλεγχος των γνωστικών λειτουργιών που έγινε κατόπιν έδειξε γνωστικές βλάβες σε έδαφος οργανικότητας, κάτι που ήταν συμβατό με τα απεικονιστικά ευρήματα από τη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου που έγινε λίγο πριν το εξιτήριό της (βλάβες στα μαστία λόγω έλλειψης θειαμίνης καθώς και αγγειακές βλάβες).

Τέθηκε σε αγωγή με δονεπεζίλη, αρχικά 5 mg και αργότερα 10 mg ημερησίως, χωρίς ιδιαίτερη βελτίωση μέχρι σήμερα.

### PO.36 ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ. Η ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΟΠΤΙΚΟ – ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΙΧΝΗΛΑΤΗΣΗΣ

#### A. Θεοφυλίδης, I. Νηματούδης

Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Αρκετές μελέτες έχουν ασχοληθεί με τη χρήση της συγκεκριμένης δοκιμασίας ως κλινικού εργαλείου διαφορικής διάγνωσης και αξιολόγησης στην διεθνή κλινική πρακτική. Ασθενείς που παρουσιάζουν ελλείμματα στην προσοχή, επιβράδυνση στην επεξεργασία πληροφοριών, οπτικο-κινητική επιβράδυνση και μετωπιαία δυσλειτουργία, παρουσιάζουν χαμηλή επίδοση στη δοκιμασία οπτικο-νοητικής ιχνηλάτησης -Trail Making Test (TMT).

**Σκοπός:** Έγινε μελέτη και αξιολόγηση της συγκεκριμένης νευροψυχολογικής δοκιμασίας στα πλαίσια διάκρισης παρουσίας ή απουσίας γνωστικών μειονεξιών καθώς και του βαθμού των σχετικών γνωστικών ελλειμμάτων σε ψυχιατρικούς ασθενείς που νοσηλεύτηκαν το έτος 2016 στην Γ΄ πανεπιστημιακή ψυχιατρική κλινική του Α.Π.Θ..

**Μέθοδος:** Στην έρευνα συμμετείχαν 204 ψυχιατρικοί ασθενείς Σε όλους χορηγήθηκαν οι δοκιμασίες Trail Making Test (TMT) (δοκιμασία οπτικο- νοητικής ιχνηλάτησης) και Mini Mental State Examination (MMSE). Εφαρμόστηκε η μη παραμετρική στατιστική μέθοδος  $\chi^2$  για τις κατηγορικές μεταβλητές και η συσχέτιση Spearman για την επίδοση στα δύο εργαλεία (TMT και MMSE).

**Αποτελέσματα:** Δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφορές στις επιδόσεις των ασθενών του δείγματος στις δύο δοκιμασίες. Η χαμηλή επίδοση στο MMSE συσχετίζεται θετικά με την χαμηλή επίδοση στο TMT.

**Συμπέρασμα:** η επίδοση στη δοκιμασία οπτικο-νοητικής ιχνηλάτησης συσχετίζεται θετικά με την επίδοση στην Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης (Mini Mental State Examination) και δίνει μια σαφή εικόνα για το προφίλ των γνωστικών λειτουργιών των ψυχιατρικών ασθενών.

### PO.37 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2016 ΣΤΗΝ Γ΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Π.Θ., ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ: ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ICD-10

#### A. Θεοφυλίδης, I. Νηματούδης

Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.

Το 2016 νοσηλεύτηκαν στην Ψυχιατρική κλινική του ΑΧΕΠΑ 318 ασθενείς. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη των κλινικοεπιδημιολογικών χαρακτηριστικών ως προς τη διάγνωση των ασθενών που νοσηλεύτηκαν κατά το έτος 2016. Μελετήθηκε το σύνολο των νοσηλευομένων ασθενών (N=318), όπως αυτό καταγράφηκε στο αρχείο της κλινικής. Οι παράμετροι που εξετάστηκαν

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ήταν το φύλο, η ηλικία, το καθεστώς νοσηλείας και η διάγνωση εξόδου κατά ICD-10. Οι διαγνώσεις εξόδου με το μεγαλύτερο αριθμό ατόμων ως προς το φύλο σύμφωνα με το ICD-10 ήταν: F20-F29 (σχιζοφρένεια, σχιζότυπη διαταραχή, παραληρητικές διαταραχές) για τους άντρες (n=73, 22,8%) και για τις γυναίκες (n=67, 21,07%), F30-F39 (διαταραχές της διάθεσης) για τους άντρες (n=21, 6,7%) και για τις γυναίκες (n=57, 17,9%). Το ποσοστό ασθενών που εξήλθαν αυτοβούλως χωρίς τελική διάγνωση, λόγω μη ολοκλήρωσης του κλινικοεργαστηριακού ελέγχου, είναι για τους άντρες (n=13, 4,08%) και για τις γυναίκες (n=14, 4,4%). Οι διαγνώσεις εξόδου ως προς ηλικία δείχνουν ότι οι μικρότεροι ασθενείς κατατάσσονται στις διαγνώσεις F50-F59 (n=5), F20-F29 (n=133) ενώ οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ανήκουν στις διαγνώσεις F00-F09 (n=18) είτε διακομίζονται (n=11). Οι ασθενείς με καθεστώς ακούσιων νοσηλείας λαμβάνουν συνήθως εξιτήριο με διάγνωση F20-F29 (n=67, 58%) και F60-F69 (n=17, 14,3%), ενώ οι ασθενείς με καθεστώς εκούσιων νοσηλείας λαμβάνουν συνήθως εξιτήριο με διάγνωση F30-F39 (n=64, 30,9%) και F20-F29 (n=59, 28,5%). Οι ασθενείς που έλαβαν εξιτήριο με διάγνωση F20-F29 ήταν συχνά άντρες, μικρότεροι σε ηλικία και νοσηλεύθηκαν με καθεστώς ακούσιων νοσηλείας. Αυτοί που έλαβαν διάγνωση F30-F39 νοσηλεύθηκαν εκουσίως και ήταν μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ οι μεγαλύτεροι έλαβαν διάγνωση F00-F09.

### ΡΟ.38 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΔΙΕΝΗΡΓΗΣΑΝ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ Γ΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ ΤΗΝ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2013 – 2016

#### **A. Θεοφυλίδης<sup>1</sup>, Μ. Σοφολόγη<sup>2</sup>, Ι. Νηματούδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup> Τμήμα Ψυχολογίας Α.Π.Θ.<sup>2</sup>

Το έτος 2024 η αυτοκτονία θα αποτελεί το 2,4% της συνολικής νοσηρής επιβάρυνσης από 1,9% που είναι σήμερα. Σύμφωνα με την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, το 90% όσων αυτοκτονούν εμφανίζουν ψυχική διαταραχή, και το 40% πάσχει και από κάποια σωματική νόσο. Στατιστικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι το ένα τρίτο των περιπτώσεων αυτοχειρίας είχε διαγνωστεί, πριν την πράξη, ότι εκδηλώνει ψυχιατρική διαταραχή και είχε νοσηλευτεί. Σε πολλές περιπτώσεις αυτοκτονιών παρουσιάζεται η διάγνωση κατάθλιψης, και παραδοσιακά οι περισσότερες αυτοκτονίες πραγματοποιούνται από άντρες μέσης ηλικίας 30 - 45 ετών, χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας. **Ο κύριος στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση του βασικού προφίλ των 87 ασθενών που διενήργησαν απόπειρα αυτοκτονίας πριν από την εισαγωγή τους στη Γ΄ πανεπιστημιακή ψυχιατρική κλινική του Α.Π.Θ. τη χρονική περίοδο 2013 – 2016. Οι κύριες μεταβλητές ήταν το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση, αλλά και το μέσο της απόπειρας, ο αριθμός των προηγούμενων προσπαθειών αυτοκτονίας, καθώς και η διάγνωση με την οποία έλαβαν εξιτήριο μετά τη νοσηλεία τους. Χρησιμοποίηθηκε ο στατιστικός δείκτης ελέγχου χ<sup>2</sup> και από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι το προφίλ των συγκεκριμένων ασθενών αφορά κατά κύριο λόγο άτομα ηλικίας 52 - 67 ετών, μέσης εκπαίδευσης, με ιστορικό προηγούμενων προσπαθειών αυτοκτονίας, άγαμοι, άνεργοι, με διάγνωση καταθλιπτικού επεισοδίου (F32, 42.1%) και διάγνωση υποτροπιάζουσας καταθλιπτικής διαταραχής (F33, 14.7%). Τα κυριότερα μέσα που επέλεξαν στην προσπάθεια να θέσουν τέρμα στη ζωή τους, ήταν η φαρμακευτική απόπειρα (48.6%) και οι πτώσεις (24.7%). Τα περισσότερα συμπεράσματα της μελέτης κινούνται στην ίδια κατεύθυνση με τα αποτελέσματα εκτεταμένης διαχρονικής μελέτης για την αυτοκτονία και τις απόπειρες αυτοκτονίας της περιόδου 2000 – 2013.**

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΡΟ.39 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2011 ΕΩΣ ΚΑΙ 2016 ΣΤΗ Γ΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Π.Θ. ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΧΕΠΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

**Α. Θεοφυλίδης, Ι. Νηματούδης**

Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Τα έτη 2011 έως 2016 νοσηλεύθηκαν στην Ψυχιατρική κλινική του ΑΧΕΠΑ 1969 ασθενείς.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των κλινικοεπιδημιολογικών χαρακτηριστικών ως προς το φύλο και την ηλικία των ασθενών που νοσηλεύτηκαν κατά το χρονικό διάστημα από το 2011 έως το 2016 στην Γ΄ ψυχιατρική κλινική του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**Υλικό – Μέθοδος:** Μελετήθηκε το σύνολο των νοσηλεύόμενων ασθενών (N=1969) τα έτη 2011 - 2016, όπως αυτό καταγράφηκε στο αρχείο της κλινικής. Οι παράμετροι που εξετάστηκαν είναι το φύλο και η ηλικία.

**Αποτελέσματα:** Ο αριθμός των ανδρών ασθενών παρέμεινε σταθερός, ενώ αυξήθηκε ο αριθμός των γυναικών, η ηλικία δεν παρουσίασε στατιστικές σημαντικές διαφορές.

**Συμπεράσματα:** Τη χρονική περίοδο από το έτος 2011 έως το έτος 2016 παρατηρήθηκε αύξηση του αριθμού των ασθενών στην Γ΄ ψυχιατρική κλινική. Το τελευταίο έτος (2016) παρουσίασε αύξηση ο αριθμός των γυναικών χωρίς όμως να παρατηρηθούν διαφορές ως προς την ηλικία.

ΡΟ.40 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΑΚΟΥΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2013 ΕΩΣ ΚΑΙ 2016 ΣΤΗΝ Γ΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Π.Θ., ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ

**Α. Θεοφυλίδης, Ι. Νηματούδης**

Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.

**Εισαγωγή:** Η Γ΄ Ψυχιατρική κλινική του ΑΧΕΠΑ νοσηλεύει ασθενείς υπό το καθεστώς ακούσιας νοσηλείας από το δεύτερο εξάμηνο του 2010.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των κλινικοεπιδημιολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών που νοσηλεύτηκαν με καθεστώς ακούσιας νοσηλείας από το έτος 2013 έως και το 2016.

**Υλικό – Μέθοδος:** Μελετήθηκε το σύνολο των νοσηλευόμενων ασθενών με καθεστώς ακούσιας νοσηλείας (N=442), όπως αυτό καταγράφηκε στο αρχείο της κλινικής. Οι παράμετροι που εξετάστηκαν είναι το φύλο, η ηλικία και η διάγνωση εξόδου κατά ICD-10.

**Αποτελέσματα:** Οι ακούσιες νοσηλείες κατά το 2013 ήταν 102, το 2014 ήταν 112, το 2015 ήταν 96 και το έτος 2016 ήταν 132. Οι άντρες ασθενείς ήταν 268 (60,1%) και οι γυναίκες 174 (39,9%). Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το φύλο μεταξύ των δύο ετών ( $\chi^2$ -square,  $p=0.573$ ). Ως προς το μέσο όρο της ηλικίας επίσης δεν φαίνεται να προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά (Mann-Whitney test,  $p=0.814$ ). Η μέση τιμή (median) της ηλικίας τα έτη 2013 και 2014 ήταν 41 έτη, ενώ τα έτη 2015 και 2016 44 έτη, με διατεταρτημοριακό εύρος (interquartile range) 19 το 2013-14 και 20 το 2015-16, καθώς δεν εμφανίζει κανονική κατανομή. Οι διαγνώσεις εξόδου, σύμφωνα με το ICD10, με τη μεγαλύτερη συχνότητα ήταν : F20-F29 (σχιζοφρένεια, σχιζότυπη διαταραχή, παραληρητικές διαταραχές), F60-F69 (διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς) και F30-F39 (διαταραχές της διάθεσης) για όλα τα προαναφερόμενα έτη..

**Συμπεράσματα:** Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ετών ως προς το φύλο και την ηλικία. Δεν προκύπτει σημαντική διαφοροποίηση στη συχνότητα με την οποία εμφανίζονται οι διαγνώσεις εξόδου τα τέσσερα τελευταία έτη.



## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΡΟ.41 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΜΕ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

#### Α. Θεοφυλίδης, Ι. Νηματούδης

Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**Εισαγωγή:** Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαθέτουν διάφορα ψυχομετρικά εργαλεία για την εκτίμηση του επιπέδου κατάθλιψης των ασθενών. Μία κλίμακα που χρησιμοποιείται αρκετά συχνά στην κλινική πρακτική είναι η κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI – II). Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς με 21 ερωτήσεις για τη μέτρηση της βαρύτητας της κατάθλιψης σε ενήλικες και εφήβους.

**Σκοπός:** Ο βασικός στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση της σχέσης των δημογραφικών παραγόντων με τη βαρύτητα της κατάθλιψης όπως αυτή αξιολογείται από το BDI-II.

**Μέθοδος:** Στην έρευνα συμμετείχαν 118 εσωτερικοί ασθενείς της Γ΄ ψυχιατρικής κλινικής του Α.Π.Θ. στους οποίους χορηγήθηκε η κλίμακα BDI – II στα πλαίσια της ψυχομετρικής τους εκτίμησης. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 19 και η μη παραμετρική στατιστική μέθοδος χ<sup>2</sup>.

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται θετικά με το επίπεδο της βαριάς κατάθλιψης, είναι η ηλικία και το φύλο, ενώ για τα επίπεδα μέτριας κατάθλιψης παρουσιάζουν θετική συσχέτιση και η επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση των ασθενών.

**Συμπεράσματα:** Η ανεργία και η έλλειψη συντρόφου (χήρος/α, διαζευγμένος/η), εξακολουθούν να αποτελούν δύο ισχυρούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της κατάθλιψης. Επίσης, υπάρχει σημαντική θετική σχέση της μεγαλύτερης ηλικίας με την βαριά κατάθλιψη.

### ΡΟ.42 ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΕ ΤΗ ΣΥΣΤΟΙΧΙΑ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΠΡΟΜΕΤΩΠΙΑΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

#### Α. Θεοφυλίδης, Ι. Νηματούδης

Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**Εισαγωγή:** Ο όρος «Εκτελεστική Λειτουργικότητα» περιγράφει ένα σύμπλεγμα γνωστικών διαδικασιών το οποίο περιλαμβάνει δεξιότητες όπως: η οργάνωση, ο προγραμματισμός, η προσοχή και ο έλεγχος της παρόρμησης. Τα συμπτώματα στη γνωστική λειτουργία των ασθενών με σχιζοφρένεια, μεταξύ των άλλων αφορούν: διαταραχές προσοχής, συγκέντρωσης, μνημονικής συγκράτησης και εκτελεστικών λειτουργιών. Η συστοιχία δοκιμασιών της προμετωπιαίας λειτουργικότητας - Frontal Assessment Battery (FAB) είναι ένα σύντομο διαγνωστικό εργαλείο για την εκτίμηση των εκτελεστικών λειτουργιών, αποτελείται από 6 υποδοκιμασίες, οι οποίες διερευνούν διαφορετικές ικανότητες του προμετωπιαίου λοβού, και η χορήγηση του είναι μόλις 10 λεπτά.

**Σκοπός:** Στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση της χρησιμότητας του FAB στην κλινική πρακτική, ως εργαλείο αναγνώρισης της εκτελεστικής δυσλειτουργίας σε ψυχιατρικούς ασθενείς, και η στάθμιση των τιμών του σε δείγμα Ελλήνων ασθενών διαγνωσμένων με σχιζοφρένεια.

**Μέθοδος:** Στην έρευνα συμμετείχαν 172 ψυχιατρικοί ασθενείς, από τους οποίους οι 84 είχαν διαγνωσθεί με σχιζοφρένεια. Σε όλους χορηγήθηκαν οι δοκιμασίες FAB και Mini Mental State Examination (MMSE). Εφαρμόστηκε η μη παραμετρική στατιστική μέθοδος χ<sup>2</sup> για τις κατηγορικές μεταβλητές και η συσχέτιση Spearman για την επίδοση στα δύο εργαλεία (FAB και MMSE).

**Αποτελέσματα:** Οι επιδόσεις των σχιζοφρενών ασθενών στο FAB ήταν χαμηλότερες από τις επιδόσεις των υπόλοιπων ασθενών. Η ηλικία των ασθενών παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με την επίδοση στο FAB, ενώ δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφορές των δύο ομάδων στην επίδοση στο MMSE.

**Συμπέρασμα:** το FAB μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο κλινικά όσο και ερευνητικά για συσχετιστικές μελέτες σε κλινικό πληθυσμό, και δίνει σε σύντομο χρόνο μια σαφή εικόνα για τις εκτελεστικές λειτουργίες των ασθενών με σχιζοφρένεια.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### ΡΟ.43 Η ΨΥΧΟΓΛΩΣΣΟΛΟΓΙΑ ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ. ΤΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

**Α. Θεοφυλίδης, Ι. Νηματούδης**

*Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.*

**Εισαγωγή:** Οι διαταραχές επικοινωνίας αποτελούν μέρος της κλινικής εικόνας των ασθενών με σχιζοφρένεια, οι οποίοι εμφανίζουν δύο είδη γλωσσικών διαταραχών: α) αδυναμία διατήρησης θέματος και β) σχιζοφρασία. Η πρώτη φαίνεται να σχετίζεται με την αποδιοργάνωση της εκτελεστικής λειτουργίας και της πραγματολογίας, ενώ η δεύτερη εμφανίζει παρόμοια στοιχεία με αυτά της αφασίας και ακατάληπτη ομιλία (Περιτογιάννης, 2010)(Ουλής, 2010). Άλλα χαρακτηριστικά του λόγου των ατόμων με σχιζοφρένεια είναι η αλαλία, η βωβότητα, η αφωνία και η αφημία (Ουλής, 2010). Ακόμη, σε περιπτώσεις με κατατονική συμπτωματολογία είναι πιθανόν να παρατηρηθεί αλογία η οποία σχετίζεται με τη φτωχή σκέψη, όπως επίσης και ηχολαλία (Ουλής, 2010).

**Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να εξακριβώσει στην πράξη κάποια από τα προαναφερθέντα αποκλίνοντα χαρακτηριστικά του λόγου σε ένα συγκεκριμένο δείγμα ασθενών με σκοπό τη εξαγωγή ποιοτικών συμπερασμάτων ως προς τις επιπτώσεις αυτών στη λειτουργικότητα της επικοινωνίας τους.

**Μέθοδος:** Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη μορφή της κλινικής παρατήρησης 10 ασθενών με σχιζοφρένεια στα πλαίσια του γενικού νευροψυχολογικού ελέγχου των εσωτερικών ασθενών της Γ΄ ψυχιατρικής κλινικής του Α.Π.Θ.. Εκτιμήθηκαν κατά κύριο λόγο οι σημασιολογικές και πραγματολογικές ικανότητες, ο αφηγηματικός και ο αυτόματος λόγος ενώ δόθηκε έμφαση στην εξέταση της παραγωγής και έκφρασης του προφορικού λόγου των εξεταζόμενων. Η αξιολόγηση βασίστηκε στα τεστ ενηλίκων Διαγνωστικής Εξέτασης της Βοστώνης για την Αφασία (BDAE) και Examining for Aphasia – 4η έκδοση (EFA – 4) και στο πρότυπο σημασιολογίας και πραγματολογίας των Bloom & Lahey.

**Συμπεράσματα:** Ο λόγος των ατόμων με σχιζοφρένεια επηρεάζεται και αντανακλά σε μεγάλο βαθμό τις διαταραχές της σκέψης με κύριο χαρακτηριστικό την αποδιοργάνωση, ενώ οι τομείς που φαίνονται να πλήττονται περισσότερο είναι η πραγματολογία, η σημασιολογία και σε μικρότερο βαθμό η σύνταξη ειδικά όταν εμπλέκονται γνωστικά απαιτητικές δοκιμασίες.

### ΡΟ.44 Η ΒΑΣΙΚΗ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΣΤΟΙΧΙΑ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΤΩΝ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ Γ΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ Α.Π.Θ.

**Α. Θεοφυλίδης, Ι. Νηματούδης**

*Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ*

Οι νευροψυχολογικές δοκιμασίες (τεστ) είναι ειδικές δοκιμασίες για την εκτίμηση των γνωστικών λειτουργιών. Δεν αξιολογούν τις γνώσεις που έχουμε αποκτήσει από το σχολείο, αντιθέτως, επιτρέπουν την εκτίμηση της λειτουργίας του εγκεφάλου και δίνουν αντικειμενικές πληροφορίες για τον τρόπο με τον οποίο ο εγκέφαλός προσλαμβάνει τα ερεθίσματα, τα επεξεργάζεται και αντιδρά με το περιβάλλον. Μια τυπική νευροψυχολογική εξέταση κυμαίνεται από 90΄ έως 120΄. Η νευροψυχολογική εξέταση που διενεργείται στην Γ΄ ψυχιατρική κλινική του Α.Π.Θ., αξιολογεί: α) το προνοσηρό νοητικό επίπεδο / προνοσηρό επίπεδο γνωστικής λειτουργικότητας (δηλαδή, το επίπεδο των γνωστικών ικανοτήτων πριν την εμφάνιση των όποιων αλλαγών), β) τις διεργασίες της προσοχής - συγκέντρωσης και τον προσανατολισμό στο χώρο-χρόνο, γ) τις επιμέρους διεργασίες της μνήμης-μάθησης(βραχύχρονη-εργαζόμενη μνήμη και άμεση / καθυστερημένη ανάκληση), δ) τις λειτουργίες του λόγου (αφασία-αγνώσια), ε) τις αντιληπτικές, κινητικές, οπτικοκατασκευαστικές και οπτικοχωρικές δεξιότητες, στ) την ικανότητα σκέψης και συλλογισμού και ζ) την αποτελεσματικότητα των επιτελικών ικανοτήτων (επίλυση νέων και σύνθετων νοητικών προβλημάτων, νοητική ευκαμψία και ικανότητα προσαρμογής

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

στις αλλαγές του περιβάλλοντος). Οι βασικότερες από το σύνολο των νευροψυχολογικών δοκιμασιών που χορηγούνται στους εσωτερικούς ασθενείς είναι: MMSE, MOCA, BDI, GDRS, RAVEN, WAIS, FAB (Frontotemporal Assessment Battery), TMT (οπτικο – κινητική ιχνυλάτηση), REY FIGURE (σύμπλοκη φιγούρα του Rey), STROOP, CAMDEX, CAMCOG, State – Trait Anxiety Inventory (STAI), LLT (Location Learning Test) καθώς και Δοκιμασίες: Λεκτικής Ροής, ιστοριών, μνήμης ψηφίων, ανάκλησης καταλόγου λέξεων, οπτικοχωρικής, οπτικοκατασκευαστικής ικανότητας, εργαζόμενης μνήμης, κατονομασίας αντικειμένων και ευπραξίας. Κατά τα έτη 2013 – 2016 εκτιμήθηκαν με νευροψυχολογικές συστοιχίες δοκιμασιών περισσότεροι από 340 εσωτερικοί ασθενείς της Γ΄ Ψυχιατρικής κλινικής του Α.Π.Θ..

### ΡΟ.45 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ MOBBING ΣΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**Α. Θεοφυλίδης<sup>1</sup>, Μ. Σοφολόγη<sup>2</sup>, Ι. Νηματούδης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup> Τμήμα Ψυχολογίας Α.Π.Θ.

Ένας από τους παράγοντες επιβάρυνσης της ψυχικής υγείας των επαγγελματιών υγείας στα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι το φαινόμενο της ηθικής / ψυχολογικής παρενόχλησης (σύνδρομο mobbing). Πρόκειται για ένα φαινόμενο με σοβαρές επιπτώσεις στην βιολογική, ψυχική, κοινωνική και οικονομική διάσταση των εργαζόμενων, το οποίο θεωρείται ισχυρός στρεσογόνος παράγοντας, και τραυματικό γεγονός που προκαλεί ψυχική αναστάτωση και οδηγεί σε ψυχοσωματικά προβλήματα. Η διεθνής βιβλιογραφία περιλαμβάνει σειρά μελετών που συμπεραίνουν ότι το φαινόμενο προκαλεί ή συμβάλει στην εμφάνιση αρκετών ψυχοπαθολογικών και ψυχοσωματικών διαταραχών. Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή της συχνότητας του συνδρόμου σε συγκεκριμένες εργασιακές ομάδες επαγγελματιών υγείας. Το δείγμα αποτέλεσαν 84 εργαζόμενοι του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, και για την αξιολόγηση χρησιμοποιήθηκε το σταθμισμένο ερωτηματολόγιο LIPT. Οι κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν ως ποσοστά. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο  $\alpha=0.05$ . Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, 31 άτομα (ποσοστό 36.7%) δήλωσε ότι εκτέθηκε σε μια τουλάχιστον συμπεριφορά ψυχολογικής βίας το τελευταίο έτος στον χώρο εργασίας του. Η ψυχολογική βία προήλθε και από άτομα με ανώτερη ιεραρχικά θέση (ποσοστό 27.8%), αλλά και από συναδέλφους (71.2%). Τα αίτια εντοπίστηκαν κυρίως στην έλλειψη αξιοκρατίας, στον τρόπο οργάνωσης των τμημάτων και στον υψηλό φόρτο εργασίας.

### ΡΟ.46 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2016 ΣΤΗ Γ΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Π.Θ.: ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΞΟΔΟΥ

**Α. Θεοφυλίδης, Ι. Νηματούδης**

Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

**Εισαγωγή:** Το έτος 2016 νοσηλεύθηκαν στην Ψυχιατρική κλινική του ΑΧΕΠΑ 318 ασθενείς. Από αυτούς 151 (47,4%) ήταν άντρες και 167 (52,6%) ήταν γυναίκες.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των κλινικοεπιδημιολογικών χαρακτηριστικών ως προς το φύλο των ασθενών που νοσηλεύτηκαν κατά το έτος 2016.

**Υλικό – Μέθοδος:** Μελετήθηκε το σύνολο των νοσηλευομένων ασθενών (N=318), όπως αυτό καταγράφηκε στο αρχείο της κλινικής. Οι παράμετροι που εξετάστηκαν είναι το φύλο, η ηλικία, το καθεστώς νοσηλείας και η διάγνωση εξόδου κατά ICD-10.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

**Αποτελέσματα:** Ως προς το μέσο όρο της ηλικίας προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων (Mann-Whitney test,  $p=0,019$ ). Η μέση τιμή (median) της ηλικίας των ανδρών ήταν τα 43 έτη, ενώ των γυναικών ήταν τα 41 έτη, με διατεταρτημοριακό εύρος (interquartile range) 21 ως προς τους άντρες και 21 ως προς τις γυναίκες, καθώς δεν εμφανίζει κανονική κατανομή. Οι διαγνώσεις εξόδου σύμφωνα με το ICD-10, με τη μεγαλύτερη συχνότητα ήταν ως προς το φύλο: F20-F29 (σχιζοφρένεια, σχιζότυπη διαταραχή, παραληρητικές διαταραχές) για τους άντρες ( $n=75, 43,9\%$ ) και για τις γυναίκες ( $n=56, 33,7\%$ ), F30-F39 (διαταραχές της διάθεσης) για τους άντρες ( $n=25, 31,3\%$ ) και για τις γυναίκες ( $n=57, 36,1\%$ ), F60- F69 (διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς) για τους άντρες ( $n=21, 10,9\%$ ) και για τις γυναίκες ( $n=14, 6,8\%$ ).

**Συμπεράσματα:** Ο αριθμός των ανδρών που νοσηλεύθηκαν κατά το έτος 2016 ήταν περίπου ίδιος με αυτόν των γυναικών. Οι άντρες με διάγνωση F20-F29 (σχιζοφρένεια, σχιζότυπη διαταραχή, παραληρητικές διαταραχές) ήταν περισσότεροι από τις γυναίκες, ενώ οι γυναίκες με διάγνωση F30-F39 (διαταραχές της διάθεσης) ήταν περισσότερες από τους άντρες με αντίστοιχη διάγνωση.

### ΡΟ.47 Η ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΩΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

**Γ.-Ο. Παπαϊωαννίδης, Π. Παπαϊωαννίδου**

*Α΄ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή:** Τα τελευταία χρόνια η μουσικοθεραπεία χρησιμοποιείται ως εναλλακτική ή συμπληρωματική μη φαρμακολογική θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της ήπιας νοητικής διαταραχής και άλλων νευρολογικών διαταραχών.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η βιβλιογραφική μελέτη της εφαρμογής μουσικοθεραπείας και της αποτελεσματικότητάς της στην αντιμετώπιση νευρολογικών διαταραχών.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήθηκε η σχετική βιβλιογραφία μέσω της Ιατρικής βάσης PubMed.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:** Από τις δημοσιεύσεις που μελετήθηκαν προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

- Οι κλινικές μελέτες έχουν δείξει σημαντικά οφέλη από τη χρήση της μουσικής στην κατάθλιψη και το άγχος, στην ανακούφιση από τον πόνο, στην αποκατάσταση από εγκεφαλικό επεισόδιο, στη σχιζοφρένεια, καθώς και στα γνωστικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά συμπτώματα της ήπιας νοητικής διαταραχής.
- Η μουσικοθεραπεία μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών, ελαττώνοντας το άγχος, την κατάθλιψη, την απάθεια και την ευερεθιστότητα, και βελτιώνοντας την διάθεση, το ενδιαφέρον, την ποιότητα του ύπνου, την συμπεριφορά, την μνήμη και τις νοητικές λειτουργίες.
- Σε πολλές περιπτώσεις η μουσικοθεραπεία έχει παρόμοια αποτελέσματα με άλλες μορφές μη φαρμακολογικής παρέμβασης, όπως η θεραπεία μέσω της τέχνης, η σωματική άσκηση και η ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες. Ιδιαίτερα στην άνοια, φαίνεται ότι πλεονεκτεί έναντι της φαρμακολογικής παρέμβασης, και έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν συνδυάζεται με άλλες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

**Τελικό Συμπέρασμα:** Η μουσικοθεραπεία αποτελεί μια εύκολη και οικονομική ψυχοκοινωνική παρέμβαση, η οποία προσφέρει στους ασθενείς μια ασφαλή και αποτελεσματική συμπληρωματική ή εναλλακτική θεραπευτική επιλογή σε πολλές διαφορετικές νευρολογικές κλινικές καταστάσεις.

## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΡΟ.48 ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΩΣ ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

**Γ.-Ο. Παπαϊωαννίδης, Π. Παπαϊωαννίδου**

*Α΄ Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή:** Η μουσικοθεραπεία χρησιμοποιείται ως μια μη επεμβατική μη φαρμακολογική θεραπευτική παρέμβαση στην κατάθλιψη και το άγχος, στην ανακούφιση από τον πόνο, στην αποκατάσταση από εγκεφαλικές βλάβες, και στην ήπια νοητική διαταραχή.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η βιβλιογραφική μελέτη της νευροβιολογικής βάσης της μουσικοθεραπείας.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Μελετήθηκε η σχετική βιβλιογραφία μέσω της Ιατρικής βάσης PubMed.

**Αποτελέσματα και συμπεράσματα:** Από τις δημοσιεύσεις που μελετήθηκαν προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

- Η μουσικοθεραπεία έχει μετρήσιμα νευροβιολογικά αποτελέσματα στον εγκέφαλο, που συνδέονται με τα συστήματα που ρυθμίζουν την ανταμοιβή, τα κίνητρα, και την ευχαρίστηση, το άγχος και την διέγερση, καθώς και την ανοσολογική απάντηση.
- Η λειτουργική νευροαπεικόνιση και οι μελέτες των νευρολογικών βλαβών έχουν δείξει ότι τα συναισθήματα που προκαλεί η μουσική συνδέονται με αντίστοιχη βιοχημική διαμόρφωση των συνδεδεμένων περιοχών του εγκεφάλου (μταιχμιακών, παρα- και μεσο- μταιχμιακών περιοχών).
- Μερικές από αυτές τις περιοχές εμπλέκονται στην ανταμοιβή, τα κίνητρα και την ευχαρίστηση, και υπάρχουν πρόσθετες προσεκβολές σε δομές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν τις αυτόνομες, τις συναισθηματικές και τις γνωστικές λειτουργίες.
- Σημαντικός είναι ο ρόλος του ραβδωτού σώματος, και ιδίως του επικλινούς πυρήνα, καθώς και η αλληλεπίδραση με φλοιώδεις μηχανισμούς που εμπλέκονται στην αντίληψη και την αποτίμηση των μουσικών ερεθισμάτων.

**Τελικό Συμπέρασμα:** Αν και θεωρείται ως μια μη επεμβατική μη φαρμακολογική παρέμβαση, στην πραγματικότητα η μουσικοθεραπεία προκαλεί νευροφυσιολογικές μεταβολές, οι οποίες είναι ανάλογες της φαρμακολογικής θεραπείας.

# Ζωή και Μάθηση



Αγορές online

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

Τηλεφωνικές παραγγελίες

Τηλ.: 210 36 10 519 210 28 15 902

ΕΚΔΟΣΕΙΣ  
ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.



parisianou

An impressionistic painting of a seascape. The sky is filled with soft, blended colors of grey, blue, and white, suggesting a cloudy or overcast day. The sea below is depicted with similar soft, textured brushstrokes in shades of blue, green, and white, capturing the movement of waves. In the foreground, there are dark, rocky outcrops. A bright yellow horizontal band is superimposed across the middle of the image, containing the title text.

Γενικές  
Πληροφορίες

# ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

## ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ

Πέμπτη 30 Μαρτίου – Κυριακή 2 Απριλίου 2017

## ΤΟΠΟΣ

The Met Hotel, 26ης Οκτωβρίου 48, ΤΚ 546 27 Θεσσαλονίκη, τηλ. +30 2310 017 000

Το ξενοδοχείο και συνεδριακό κέντρο **The Met Hotel** βρίσκεται στη δυτική είσοδο της Θεσσαλονίκης, στην περιοχή του νέου λιμανιού, μόλις 1,8 km από την Πλατεία Αριστοτέλους στο κέντρο της πόλης.

Η χρήση του υπόγειου χώρου στάθμευσης είναι ελεύθερη για όλους τους συνέδρους, με την προϋπόθεση ότι οι οδηγοί θα παίρνουν το εισιτήριο εισόδου από τον υπεύθυνο υποδοχής μπροστά από την είσοδο του ξενοδοχείου πριν κατέβουν στο parking και δεν θα το εκδίδουν μόνοι τους στο μηχάνημα του parking.

## ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ – ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ – ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

PRAXICON

Εθν. Αντιστάσεως 101, Τ.Κ. 551 34, Καλαμαριά, Θεσσαλονίκη  
ΜΗΤΕ 0933Ε60000071200

Τηλ. +30 2310 460 682, 2310 460 652 Fax. +30 2310 435 064

E-mail: [info@praxicon.gr](mailto:info@praxicon.gr) Website: [www.praxicon.gr](http://www.praxicon.gr)

## ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

Η Τελετή Έναρξης του Συνεδρίου θα πραγματοποιηθεί την Παρασκευή 1 Απριλίου 2017 στο χώρο του Συνεδρίου.

## ΕΚΘΕΣΗ

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών και ιατρικών προϊόντων, όπως και εκδοτικών οίκων και βιβλιοπωλείων, για την ενημέρωση των συμμετεχόντων.

## ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟ ΣΗΜΑ ΚΑΙ ΚΑΡΤΑ BARCODE

Για την παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου οι συνέδροι είναι απαραίτητο να φέρουν τη διακριτική κονκάρδα εγγραφής που χορηγείται από τη γραμματεία on site και παρακαλούνται να τη φορούν καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου.

Επίσης, με την εγγραφή του ο κάθε σύνεδρος θα παραλαμβάνει από τη γραμματεία on site **κάρτα με γραμμωτό κωδικό (barcode)**, την οποία θα σκανάρει σε ειδικό μηχάνημα κάθε φορά κατά την είσοδο και έξοδο του από τη συνεδριακή αίθουσα.



## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Με τον τρόπο αυτό θα γίνεται καταμέτρηση των ωρών παρακολούθησης κάθε συνέδρου και με τη συμπλήρωση του 60% των συνολικών ωρών του προγράμματος θα δίνεται το πιστοποιητικό παρακολούθησης, σύμφωνα με την εγκύκλιο του ΕΟΦ για τη διοργάνωση συνεδρίων.

### ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική.

### ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Το Πιστοποιητικό Παρακολούθησης θα δίνεται από τη γραμματεία την τελευταία ημέρα του Συνεδρίου, κατόπιν επίδειξης της κονκάρδας εγγραφής και της κάρτας barcode και παράδοσης του Εντύπου Αξιολόγησης του Συνεδρίου.

**Ελάχιστες ώρες παρακολούθησης: το 60% των συνολικών ωρών του Επιστημονικού Προγράμματος.**

**Το πιστοποιητικό έχει 21 μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD Credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.**

### ΠΡΟΒΟΛΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Στην αίθουσα των εργασιών του Συνεδρίου θα πραγματοποιούνται προβολές με data video projectors και διαφανειών μέσω PowerPoint για τις ανάγκες των ομιλητών.

Παρακαλούνται όλοι οι ομιλητές να παραδίδουν το υλικό της παρουσίασης τους έγκαιρα (τουλάχιστον 1 ώρα πριν την έναρξη της ομιλίας τους) στη γραμματεία του προβολικού εξοπλισμού.

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Η παρουσίαση των εργασιών θα γίνει ΜΟΝΟ σε ηλεκτρονική μορφή (e-posters).

### ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Το δικαίωμα συμμετοχής έχει οριστεί ως εξής:

	Μέχρι 31/1/2017	Από 1/2/2017
Ειδικοί ιατροί	80€	100€
Ειδικευόμενοι ιατροί	30€	50€
Λοιπά Επαγγέλματα	20€	40€
Προπτυχιακοί Φοιτητές		10€

## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ:

- Παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου
- Παραλαβή της σόαντας και του υλικού του Συνεδρίου
- Παραλαβή κονκάρδας
- Παραλαβή πιστοποιητικού παρακολούθησης (κατόπιν συμπλήρωσης του απαραίτητου χρόνου παρακολούθησης)
- Καφέ στα διαλείμματα
- Συμμετοχή στις κοινωνικές εκδηλώσεις

### ΕΠΙΣΗΜΗ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

[www.praxicon.gr/biopsych17.html](http://www.praxicon.gr/biopsych17.html)

### ΕΓΓΡΑΦΕΣ

Η γραμματεία και το ταμείο θα λειτουργούν επί τόπου και εγγραφές θα γίνονται καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου.

**Τα έξοδα συμμετοχής δεν επιστρέφονται.**

### ΜΕΣΗΜΕΡΙΑΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

Στα πλαίσια του συνεδρίου το ξενοδοχείο διαθέτει ειδικό μπουφέ στο κεντρικό εστιατόριο AVENUE 48 στην ειδική τιμή των 18 ευρώ.

### ΔΙΑΜΟΝΗ – ΚΡΑΤΗΣΕΙΣ ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΩΝ ΕΙΣΙΤΗΡΙΩΝ

Η PRAXICON για την καλύτερη εξυπηρέτηση των συνέδρων έχει προβεί στην κράτηση ικανού αριθμού δωματίων στο Ξενοδοχείο Met. Για τις κρατήσεις δωματίων και την έκδοση αεροπορικών εισιτηρίων μπορείτε να απευθύνεστε στη Γραμματεία του Συνεδρίου PRAXICON, τηλ.: +30 2310 460 682, fax: 2310 435 064, E-mail: [info@praxicon.gr](mailto:info@praxicon.gr).

### ΝΟΜΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

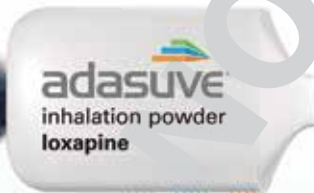
Οι οργανωτές καθώς και το γραφείο οργάνωσης του Συνεδρίου δεν έχουν καμία ευθύνη για προσωπική βλάβη ή απώλειες οποιασδήποτε φύσεως στους συμμετέχοντες, τα συνοδά μέλη ή για την καταστροφή, απώλεια και κλοπή των προσωπικών τους αντικειμένων.



**adasuve<sup>®</sup>**  
inhalation powder  
**loxapine**

# ADASUVE<sup>®</sup>

9,1 mg κόνις για εισπνοή



**Galenica α.ε.**

<http://www.galenica.gr>

ΑΘΗΝΑ: Ελευθερίας 4, 145 64 Κηφισιά,  
Τηλ.: 210 5281700, Fax: 210 5245939

ΘΕΣ/ΚΗ: Κουντουριώτου & Φασισανού 2,  
Τηλ.: 2310 542685

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ: Τ. 210 5281731  
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜ / ΣΗΣ: Τ. 210 5281805



**adasuve<sup>®</sup>**  
inhalation powder  
**loxapine**

Ferrer Internacional S.A.  
Gran Via Carlos III, 94 08028 Barcelona Spain

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ο Πρόεδρος και η Οργανωτική Επιτροπή του  
**7<sup>ου</sup> Συνεδρίου Βιοψυχοκοινωνικής Προσέγγισης στην Ιατρική Περίθαλψη**  
ευχαριστεί θερμά τις παρακάτω εταιρείες για την ευγενική υποστήριξη  
και τη συμβολή τους στη διοργάνωση του Συνεδρίου.



An impressionistic painting of a seascape. The sky is filled with soft, blended colors of purple, blue, and grey, suggesting a cloudy or overcast day. The sea below is depicted with visible brushstrokes in shades of blue, green, and white, capturing the movement of waves. In the foreground, dark, rocky formations are visible, partially covered with white foam from the waves. A bright yellow horizontal band is superimposed over the middle of the painting, containing the title text in black.

Ευρετήριο Συγγραφέων  
Αναρτημένων Ανακοινώσεων

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

<b>Ρ</b>	
PRUNEA M.	PO.12
<b>Α</b>	
ΑΝΔΡΕΟΠΟΥΛΟΣ Α.	PO.06
<b>Γ</b>	
ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Α.	PO.06
ΓΚΙΟΚΑ Σ.	PO.05, PO.10
ΓΚΙΟΥΡΟΥ Ε.	PO.16, PO.17
ΓΟΥΡΖΗΣ Φ.	PO.16, PO.17
<b>Δ</b>	
ΔΑΝΙΗΛ Μ.	PO.04
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ Μ.	PO.13, PO.14, PO.15
ΔΙΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ Ι.	PO.18, PO.19, PO.20, PO.22, PO.28, PO.33
ΔΟΥΖΕΝΗΣ Α.	PO.01, PO.02, PO.03, PO.05, PO.10, PO.11
<b>Η</b>	
ΗΛΙΟΥ Κ.	PO.13, PO.14, PO.15
<b>Θ</b>	
ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ Α.	PO.16, PO.17
ΘΕΟΦΥΛΙΔΗΣ Α.	PO.21, PO.35, PO.36, PO.37, PO.38, PO.39, PO.40, PO.41, PO.42, PO.43, PO.44, PO.45, PO.46
<b>Ι</b>	
ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ-ΜΠΕΝΟΥ Ι.	PO.27, PO.30, PO.33, PO.34, PO.35
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Π.	PO.19
<b>Κ</b>	
ΚΑΖΗ Ε.	PO.07
ΚΑΛΕΜΗ Γ.	PO.01, PO.02, PO.03, PO.10
ΚΑΤΕΡΕΛΟΣ Α.	PO.16, PO.17
ΚΕΤΙΚΙΔΟΥ Ε.	PO.08, PO.09
ΚΟΥΡΟΥΠΑΚΗ Δ.	PO.05, PO.10
ΚΥΖΙΡΙΔΗΣ Θ.	PO.18, PO.19, PO.20, PO.21, PO.22, PO.23, PO.24, PO.25, PO.26, PO.27, PO.28, PO.29, PO.30, PO.31, PO.32, PO.33, PO.34, PO.35
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Π.	PO.13, PO.14
ΚΩΤΟΥΛΑ Γ.	PO.13, PO.14, PO.15
<b>Λ</b>	
ΛΑΜΠΑΔΑΚΗ Π.	PO.05, PO.10

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

<b>Μ</b>	
ΜΑΛΛΙΔΟΥ Χ.	ΡΟ.27
ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ.	ΡΟ.13, ΡΟ.14, ΡΟ.15
ΜΑΡΟΥ Μ.	ΡΟ.20, ΡΟ.29, ΡΟ.32, ΡΟ.33, ΡΟ.34
ΜΑΥΡΙΔΟΥ Α.	ΡΟ.22, ΡΟ.33
ΜΟΣΧΟΠΟΥΛΟΣ Ν.	ΡΟ.18
ΜΥΛΩΝΑΣ Γ.-Ο.	ΡΟ.28
<b>Ν</b>	
ΝΑΣΙΚΑ Ζ.	ΡΟ.18, ΡΟ.20, ΡΟ.21, ΡΟ.28, ΡΟ.29, ΡΟ.32, ΡΟ.35
ΝΕΣΤΟΡΑΚΗ Δ.	ΡΟ.15
ΝΗΜΑΤΟΥΔΗΣ Ι.	ΡΟ.18, ΡΟ.19, ΡΟ.20, ΡΟ.21, ΡΟ.22, ΡΟ.23, ΡΟ.24, ΡΟ.25, ΡΟ.26, ΡΟ.27, ΡΟ.28, ΡΟ.29, ΡΟ.30, ΡΟ.31, ΡΟ.32, ΡΟ.33, ΡΟ.34, ΡΟ.35, ΡΟ.36, ΡΟ.37, ΡΟ.38, ΡΟ.39, ΡΟ.40, ΡΟ.41, ΡΟ.42, ΡΟ.43, ΡΟ.44, ΡΟ.45, ΡΟ.46
ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ Ε.	ΡΟ.28
ΝΙΚΟΛΑΟΥ Β.	ΡΟ.22
<b>Π</b>	
ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΙΔΗΣ Γ.-Ο.	ΡΟ.47, ΡΟ.48
ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΙΔΟΥ Π.	ΡΟ.47, ΡΟ.48
ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ Ε.	ΡΟ.21
ΠΑΡΤΣΑΝΑΚΗ Δ.-Χ.	ΡΟ.01, ΡΟ.02, ΡΟ.03
ΠΑΤΑΚΑ Α.	ΡΟ.07
ΠΡΟΚΟΠΙΟΥ Π.	ΡΟ.21, ΡΟ.22, ΡΟ.29, ΡΟ.34
<b>Σ</b>	
ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΥ Μ.	ΡΟ.15
ΣΟΦΟΛΟΓΗ Μ.	ΡΟ.38, ΡΟ.45
ΣΤΕΦΑΝΙΔΟΥ Α.	ΡΟ.07
ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΟΥ Σ.	ΡΟ.08, ΡΟ.09
<b>Τ</b>	
ΤΖΙΝΑΚΟΥ Γ.	ΡΟ.11
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Θ.	ΡΟ.13, ΡΟ.14, ΡΟ.15
ΤΣΑΓΓΑΡΗ Ε.	ΡΟ.06
<b>Φ</b>	
ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗΣ Κ.	ΡΟ.32
ΦΩΤΙΑΔΗΣ Π.	ΡΟ.23, ΡΟ.24, ΡΟ.25, ΡΟ.26, ΡΟ.31
<b>Χ</b>	
ΧΑΡΤΑΜΠΙΛΑ Ε.	ΡΟ.27





ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

## Σημειώσεις

ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

## Σημειώσεις

ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.



ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

## Σημειώσεις

ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

ΑΛΛΑΖΕΙ  
ΤΟ ΤΟΠΙΟ



# TREVICTA®

## paliperidone palmitate

ενέσιμο διάλυμα παρατεταμένης αποδέσμευσης

**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 Beerse, Βέλγιο. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ)**

**ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EU/1/14/971/008, EU/1/14/971/009, EU/1/14/971/010. **10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 17 Σεπτεμβρίου 2016. 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.

#### ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ / ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΤΙΜΗ

Περιεκτικότητα	Μέγεθος συσκευασίας	Νοσοκομειακή τιμή	Λιανική Τιμή
263 MG/PF.SYR	8Tx1 PFSYR263 MG+2BEACONEΣ	596,37€	752,31€
350 MG/PF.SYR	8Tx1 PFSYR350 MG+2BEACONEΣ	936,36€	749,27€
525 MG/PF.SYR	8Tx1 PFSYR525 MG+2BEACONEΣ	1.096,94€	1.357,92€

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

Λεωφόρος Ειρήνης 56, 151 21, Πεύκη, Αθήνα, Τηλ.: 210 8090000  
[www.janssen.com.gr](http://www.janssen.com.gr)

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

**janssen**  
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
of Johnson & Johnson

# ZYP Adhera®

Σκόνη Ολανζαπίνης και Διαλύτης για  
Ενέσιμο Εναιώρημα Παρατεταμένης Αποδέσμευσης



## ΧΑΠΙΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΠΗΡΕ Ή ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΚΑΤΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟ;

Η ΣΥΝΤΕΤΜΗΜΕΝΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ  
ΔΗΜΟΣΙΕΥΕΤΑΙ ΣΕ ΕΠΟΜΕΝΗ ΣΕΛΙΔΑ.  
ΓΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΕΥΘΥΝΘΕΙΤΕ ΣΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ.

CONVEY (προσάρτημα)

ADV-Z00-2014



ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε. 15ο χλμ. Εθνικής Οδού Αθηνών-Λαμίας, 14564 Κηφισιά ΤΗΛ.: 210 6294600 Fax: 210 6294610  
Γραφείο Θεσσαλονίκης: Αδριανουπόλεως 24, 551 33 Καλαμαριά, Θεσσαλονίκη ΤΗΛ.: 2310 480160  
Για παραγγελίες: ΤΗΛ.: 210 6294629 Fax: 210 6294630 e-mail: [orders@lilly.gr](mailto:orders@lilly.gr) [www.lilly.gr](http://www.lilly.gr)

