

# 2<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο Κολλεγίου Εκπαίδευσης, Έρευνας, Πρόληψης & Θεραπείας Ψυχιατρικών Διαταραχών

*Συναισθηματικές Διαταραχές*

Με διεθνή συμμετοχή

**11-13**  
Οκτωβρίου 2013

**Ξενοδοχείο**  
***Divani Caravel***  
**Αθήνα**

Διοργάνωση:



ΚΟΛΛΕΓΙΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ,  
ΕΡΕΥΝΑΣ, ΠΡΟΛΗΨΗΣ & ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ  
**ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**



**Α' & Β' Ψυχιατρική Κλινική**  
**Πανεπιστημίου Αθηνών**

**Τελικό Πρόγραμμα**



## Οργανωτική Επιτροπή

**Πρόεδρος Συνεδρίου:**

Γ.Ν. Παπαδημητρίου

**Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής:**

Ι. Λιάππας

**Γραμματείς:**

Χ. Παπαγεωργίου, Ζ. Παπαδοπούλου-Νταιφώτη

**Μέλη:**

Η. Αγγελόπουλος

Ρ. Γουρνέλλης

Γ. Κολαΐτης

Δ. Δικαίος

Α. Δουζένης

Ι. Ζέρβας

Μ. Οικονόμου

Θ. Παπαρρηγόπουλος

Α. Πολίτης

Ε. Ρίζος

Ν. Σμυρνής

Ν. Στεφανής

Μ. Τζινιέρη-Κοκκώση

Χ. Χριστοδούλου

## Τιμητική Επιτροπή

Ν. Αγγελόπουλος

Ι. Γκιουζέπας

Χ. Ιεροδιακόνου

Γ. Καπρίνης

Α. Καραβάτος

Α. Κοκκέβη

Β. Κονταξάκης

Μ. Λειβαδίτης

Α. Λιάκος

Μ. Μαδιανός

Σ. Μπεράτη

Α. Ραμπαβίλας

Π. Σακελλαρόπουλος

Κ. Σολδάτος

Κ. Στεφανής

Α. Τζαβάρας

Ν. Τζαβάρας

Γ. Χριστοδούλου

## Επιστημονική Επιτροπή

**Πρόεδρος:** Ε. Λύκουρας

**Μέλη:**

Γ. Αλεβιζόπουλος

Π. Αλεξανδράκου

Γρ. Αρπατζόγλου

Δ. Αναγνωστόπουλος

Κ. Ασημακόπουλος

Ν. Βαϊδάκης

Ε. Βάρσου

Μ. Βασιλειάδου

Γρ. Βασιλαματζής

Α. Βγόντζας

Αικ. Βλαβιανού

Μ. Βλασσοπούλου

Γ. Γαρούφαλλος

Π. Γεωργιλιά

Ι. Γιαννοπούλου

Φ. Γονιδάκης

Φ. Γουρζής

Χ. Δάλλα

Ε. Δασκαλοπούλου

Θ.Α. Δημόπουλος

Ι. Διακογιάννης

Ι. Ευδοκιμίδης

Ν. Ζηλίκης

Α. Ιακωβίδης

Ι. Ιεροδιακόνου-Μπένου

Θ. Καζάζογλου

Ε. Καπάκη

Χ. Καραμανωλάκη

Α. Καρκανιάς

Β. Καρύδη

Κ. Καττάν

Ν. Κατσάνου

Κ. Κόλλιας

Α. Κουζούπης

Ε. Λαζαράτου

Γρ. Λαυρεντιάδης

Α. Μαϊλλης

Μ. Μαλλιάρη

Μ. Μαργαρίτη

Β. Μασδράκης

Β. Μαυρέας

Ι. Μιχόπουλος

Θ. Μουγιάκος

Γ. Μουσσάς

Ι. Μπεργιαννάκη

Β. Μποζίκας

Ε. Νερούτζος

Ι. Νηματούδης

Π. Ουλής

Μ. Παναγιωτακοπούλου

Γ. Παπαγεωργίου

Ι. Παπακώστας

Ε. Παπαμιχαήλ

Αικ. Παπανικολάου

Δ. Παππά

Π. Πατεράκης

Ε. Πατσούρης

Α. Πεκληβανίδης

Δ. Πλουμπιδής

Κ. Πόταγας

Β. Ρότσικα

Π. Σακκάς

Μ. Σαμακουρή

Δ. Σανούδου

Ν. Σιταράς

Π. Σκανδαλάκης

Π. Σκαπινάκης

Κ. Σπέγγος

Α. Σπυροπούλου

Ι. Σπυρόπουλος

Ε. Σταμπουλής

Λ. Στεφανής

Η. Τζαβέλλας

Γρ. Τιχόπουλος

Β.Λ. Τομαράς

Χ. Τουλούμης

Φ. Τσακίρης

Δ. Τσακλακίδου

Ε. Τσάλτα

Μ. Τυπάλδου

Θ. Υφαντής

Κ. Φουντουλάκης

Κ. Φρανσίς

Κ. Φωκάς

Β. Φωτόπουλος

Μπ. Χαβάκη

Α. Χαϊδεμένος

Α. Χατζάκης

Ι. Χατζημανώλης

Σ. Χριστογιώργος

Κ. Ψάρρος

# Θεματολογία

- Διπολική διαταραχή
- Καταθλιπτικές Διαταραχές
  - Αιτιοπαθογένεια
    - Συννόσηση
- Φαρμακευτικές παρεμβάσεις
- Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις



## Μήνυμα Προέδρου

Με ιδιαίτερη χαρά σας προσκαλούμε να συμμετάσχετε και φέτος στο **2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο του Κολλεγίου Εκπαίδευσης, Έρευνας, Πρόληψης & Θεραπείας Ψυχιατρικών Διαταραχών**, που θα πραγματοποιηθεί στην Αθήνα, 9-11 Οκτωβρίου 2013.

Το Συνέδριο είναι επικεντρωμένο στις **Συναισθηματικές Διαταραχές** οι οποίες αποτελούν ένα σημαντικό μέρος της καθημερινής ψυχιατρικής πρακτικής. Θα συμμετάσχουν καταξιωμένοι συνάδελφοι από ολόκληρη τη χώρα και το εξωτερικό που θα αναπτύξουν όλες τις νεότερες εξελίξεις στη διάγνωση και αντιμετώπιση των συναισθηματικών διαταραχών στο πλαίσιο της εφαρμογής του βιοψυχοκοινωνικού προτύπου. Το επιστημονικό πρόγραμμα απευθύνεται σε ψυχιάτρους, νευρολόγους, ψυχολόγους, ειδικευόμενους στην ψυχιατρική, γενικούς ιατρούς και στους άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και έχει σχεδιασθεί έτσι ώστε να υπάρξει δημιουργική συζήτηση με την ενεργό συμμετοχή σας.

Εκφράζοντας ειλικρινείς ευχαριστίες για το ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον που δείχνετε για τις επιστημονικές δραστηριότητες του Κολλεγίου, θα ήθελα να σας προσκαλέσω ξανά σε ένα δημιουργικό εκπαιδευτικό τριήμερο.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς,

**Καθηγητής Γ. Ν. Παπαδημητρίου**

Πρόεδρος Συνεδρίου

# Επιστημονικό Πρόγραμμα

Αίθουσα ΟΛΥΜΠΙΑ

## Παρασκευή 11 Οκτωβρίου 2013

17:00 - 18:30

### Συμπόσιο 1

«Συναισθηματικές διαταραχές: Από την αρχαιότητα στο DSM5»

Προεδρείο: **Ι. Λιάππας, Κ. Φωκάς**

- Ιστορική αναδρομή

**Δ. Πλουμπίδης**

- Διπολική και συναφείς διαταραχές

**Β. Μαυρέας**

- Καταθλιπτικές διαταραχές: Η έννοια της ύφεσης και της βαρύτητας της νόσου

**Β. Κονταξάκης**

18:30 - 19:00

### Δορυφορική Διάλεξη AstraZeneca

Προεδρείο: **Β. Μαυρέας**

- Εντός ενδείξεων θεραπεία στη διπολική κατάθλιψη

**Γ. Αλεβιζόπουλος**

19:00 - 19:30

Δ ι ά λ ε ι μ μ α

19:30 - 20:00

### Τελετή έναρξης - Χαιρετισμοί

20:00 - 21:00

Προεδρείο: **Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι. Λιάππας**

- Γενετική των συναισθηματικών διαταραχών

**Σ. Αντωνάκης**

## Σάββατο 12 Οκτωβρίου 2013

---

09:00 - 11:00

### Συμπόσιο 2

«Αιτιοπαθογένεια της διπολικής διαταραχής»

Προεδρείο: **Χ. Παπαγεωργίου, Μ. Παναγιωτακοπούλου**

- Νευροαπεικόνιση  
**Ν. Σμυρνής**
- Ψυχοφυσιολογία  
**Χ. Παπαγεωργίου**
- Νευροψυχολογία  
**Ε. Τσάλτα**
- Ψυχοανοσολογία  
**Χ. Νικολάου**

11:00 - 11:30

Διάλεξη

11:30 - 12:15

### Διάλεξη

Προεδρείο: **Γ.Ν. Παπαδημητρίου**

- Στρες και κατάθλιψη  
**Γ. Χρούσος**

12:15 - 12:45

### Διάλεξη

Προεδρείο: **Ι. Λιάππας**

- Συναισθηματικές διαταραχές και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά  
**Β. Κονταξάκης**

12:45 - 13:15

### Διάλεξη

Προεδρείο: **Κ. Σολδάτος**

- Η λειτουργία του ύπνου στις συναισθηματικές διαταραχές  
**Α. Βγόντζας**

13:15 - 15:00

### Αναρτημένες ανακοινώσεις

---

## Αίθουσα ΒΕΡΓΙΝΑ

14:00 - 16:00

### Εφαρμοσμένο Εργαστήριο (Workshop)

«Τα σταθεροποιητικά της διάθεσης στην αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής»

Προεδρείο - Συντονιστές: **Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ν. Σιταράς**

Ομιλητές: **Γ. Παπαγεωργίου, Κ. Ψάρρος, Χ. Τουλούμης, Ν. Κόκρας**

---

15:00 - 17:00

### **Συμπόσιο 3**

«Συννόσση συναισθηματικών με άλλες ψυχικές ή σωματικές παθήσεις»

Προεδρείο: **Α. Μαΐλλης, Φ. Γουρζής**

- Συναισθηματικές διαταραχές: Ψυχική και σωματική συννόσση - γενική θεώρηση

**Χ. Χριστοδούλου**

- Συναισθηματικές διαταραχές σε ειδικές ιατρικές καταστάσεις

**Α. Κουζούπης**

- Ογκολογικός ασθενής και συναισθηματική διαταραχή στο Γενικό Νοσοκομείο

**Γ. Μουσσάς**

- Συναισθηματικές διαταραχές και χρήση εθιστικών ουσιών

**Θ. Παπαρρηγόπουλος**

17:00 - 17:30

**Δ ι ά λ ε ι μ μ α**

17:30 - 18:00

### **Διάλεξη**

Προεδρείο: **Α. Ραμπαβίλας**

- Αλκοολισμός και κατάθλιψη

**Ι. Λιάππας**

18:00 - 18:30

### **Διάλεξη**

Προεδρείο: **Ι. Γκιουζέπας**

- Η έννοια της συμμόρφωσης στη θεραπεία των συναισθηματικών διαταραχών

**Γ.Ν. Παπαδημητρίου**

18:30 - 19:00

### **Δορυφορική Διάλεξη Janssen**

Προεδρείο: **Ι. Λιάππας**

- Αντιμετωπίζοντας τη Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή με Παλιπεριδόνη: Στρατηγικές οδηγίες για βέλτιστα αποτελέσματα.

**Α. Δουζένης**

19:00 - 19:30

**Δ ι ά λ ε ι μ μ α**

19:30 - 21:00

### **Συμπόσιο 4**

«Φαρμακευτική αντιμετώπιση των συναισθηματικών διαταραχών»

Προεδρείο: **Ζ. Παπαδοπούλου - Νταϊφώτη, Ι. Χατζημανώλης**

- Η χρήση των αντικαταθλιπτικών και σταθεροποιητικών της διάθεσης

**Γ. Αλεβιζόπουλος**

- Νευροβιολογία της θεραπείας

**Η. Αγγελόπουλος**

- Φαρμακογενετική

**Χ. Δάλλα**

09:00 - 10:30

### Συμπόσιο 5

«Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στη θεραπευτική της διπολικής διαταραχής»

Προεδρείο: **Ι. Παπακώστας, Ν. Βαϊδάκης**

- Ηλεκτροσπασμοθεραπεία και άλλες βιολογικές θεραπείες

**Ι. Ζέρβας**

- Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

**Ρ. Γουρνέλλης**

- Ψυχοεκπαίδευση

**Δ. Παππά**

10:30 - 11:00

### Διάλεξη

Προεδρείο: **Β. Μαυρέας**

- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή

**Ν. Στεφανής**

11:00 - 11:30

Δ ι α λ ε ι μ μ α

11:30 - 12:00

### Διάλεξη

Προεδρείο: **Β. Κονταξάκης**

- Κατάθλιψη ανθεκτική στη θεραπεία

**Δ. Δικαίος**

12:00 - 14:00

### Συμπόσιο 6

«Συναισθηματικές διαταραχές και κοινωνία»

Προεδρείο: **Μ. Μαδιανός, Μ. Μαλλιώρα**

- Ψυχιατροδικαστική θεώρηση

**Α. Δουζένης**

- Οικονομική κρίση και πολιτικές υγείας

**Κ. Σουλιώτης**

- Κατάθλιψη και σύγχρονη ελληνική κοινωνία

**Μ. Οικονόμου**

- Εφαρμογή της τηλεψυχιατρικής στην ψυχιατρική πράξη

**Α. Πολίτης**

### Συμπεράσματα - Λήξη του Συνεδρίου

**Ι. Λιάππας, Ζ. Παπαδοπούλου - Νταϊφώτη**





**ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:** INVEGA 3 mg δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης, INVEGA 6 mg δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης, INVEGA 9 mg δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε δισκίο παρατεταμένης αποδέσμευσης περιέχει 3 mg παλiperιδόνης. Κάθε δισκίο παρατεταμένης αποδέσμευσης περιέχει 6 mg παλiperιδόνης. Κάθε δισκίο παρατεταμένης αποδέσμευσης περιέχει 9 mg παλiperιδόνης. Για τα δισκία των 3 mg: Έκδοχο: Κάθε δισκίο περιέχει 13,2 mg λακτόζη. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης. 3 mg: Τριών στρώσεων σχήματος καρδίου λευκά δισκία με εκτυπωμένη την ένδειξη "PAL 3". 6 mg: Τριών στρώσεων σχήματος καρδίου μεζέ δισκία με εκτυπωμένη την ένδειξη "PAL 6". 9 mg: Τριών στρώσεων σχήματος καρδίου ροζ δισκία με εκτυπωμένη την ένδειξη "PAL 9". **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Βέλγιο. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** 3 mg: EU/1/07/395/001. 6 mg: EU/1/07/395/006. 9 mg: EU/1/07/395/011.

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** Ημερομηνία αναθεώρησης του κειμένου: 13 Δεκεμβρίου 2010. Λεπτομερή πληροφοριακά στοιχεία για το προϊόν είναι διαθέσιμα στην ιστοσελίδα του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων <http://www.ema.europa.eu/>. **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:** Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

**ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ**

Περιεκτικότητα	Συσκευασία	Νοσοκομειακή Τιμή	Λανθική Τιμή
3 mg/TAB	BT x 28	72,77 €	117,94 €
6 mg / TAB	BT x 28	75,93 €	123,07 €
9 mg/TAB	BT x 28	79,70 €	129,17 €

Για περισσότερες πληροφορίες παρακαλούμε επικοινωνήστε με την εταιρεία Janssen-Cilag Φαρμακευτική Α.Ε.Β.Ε., Α. Ερήνης 56, 151 21 Πεύκη, τηλ. 210 80 90 000.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και  
Αναφέρετε

ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για  
ΟΛΑ τα φάρμακα

Συμπληρώνοντας την «ΧΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

**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)

## Αναρτημένες Ανακοινώσεις (Posters)

### ΑΑ1

#### ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ

**Δ. Λέκκα, Α. Παχή, Α. Ευμολπίδη, Κ. Παπλός, Α. Βασταρούχας, Α. Καρκανιάς, Γ. Ι. Μουσσάς**

*Ψυχιατρική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»*

Εισαγωγή: Μελέτες καταδεικνύουν υψηλά ποσοστά συννόσησης ιατρικών καταστάσεων σε ψυχιατρικούς ασθενείς με Διαταραχές της Διάθεσης (ΔΔ).

Σκοπός: Η διερεύνηση της συννόσησης ΔΔ και σωματικής νόσου σε ασθενείς νοσηλευόμενους στο Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος.

Υλικό - Μέθοδος: Το δείγμα αποτελείται από όλους τους νοσηλευόμενους που εξετάστηκαν στο πλαίσιο της Διασυνδεδετικής - Συμβουλευτικής (Δ-Σ) σε Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος στη διάρκεια ενός έτους.

Αποτελέσματα: Εξετάστηκαν 875 ασθενείς (461 άνδρες, 47,3% και 514 γυναίκες, 52,7%). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν  $56,48 \pm 22,19$ . Το ποσοστό των ασθενών με διάγνωση ΔΔ ήταν 24,3% (N=213). Ο γυναικείος πληθυσμός με ΔΔ ήταν στατιστικά μεγαλύτερος του ανδρικού (131 γυναίκες έναντι 82 ανδρών  $\chi^2 p < 0,05$ ). Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών με ΔΔ ήταν  $59,35 \pm 16,53$ . Ως προς το αίτημα για Δ-Σ των ασθενών με ΔΔ το 30% αφορούσε ρύθμιση αγωγής ενώ ένα 19,7% σε ασθενείς με αυτοκτονικότητα, ποσοστό υψηλότερο σε σύγκριση με το αντίστοιχο του συνολικού δείγματος (12%). Τα αιτήματα για διασυνδεδετική συμβουλευτική προέρχονταν κατά 42,7% από τις παθολογικές κλινικές και κατά 41,8% από τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Ως προς την ιατρική διάγνωση των ΔΔ, το μεγαλύτερο ποσοστό σχετιζόταν με φαρμακευτικές δηλητηριάσεις (29,3%) ενώ 18,6% με Χρόνια Αναπνευστική Ανεπάρκεια (ΧΑΠ) και 17,9% με καρκίνο. Στο σύνολο του δείγματος τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν για τις φαρμακευτικές δηλητηριάσεις 14,0%, για την ΧΑΠ 18,6% και για τον καρκίνο 9,5%.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης φαίνεται να αποπειρώνται αυτοκαταστροφή σε μεγαλύτερα ποσοστά σε σύγκριση με το σύνολο των ασθενών που εξετάστηκαν. Επίσης υψηλότερα ήταν τα ποσοστά καρκινοπαθών με συννόσηση ΔΔ στους ασθενείς του δείγματός μας, εύρημα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης ως προς τα διαγνωστικά κριτήρια.

## AA2

### ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΥΓΟΥΝ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΕΝΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

**Γ. Λυράκος, Α. Χασάπης, Μ. Υποφάντη, Π. Τζάννε, Π. Καταβελάκος, Ι. Σπυρόπουλος, Β. Σπινάρης**

*Ψυχιατρικός Τομέας Γ.Ν.Ν. «Αγ. Παντελεήμων», Νίκαια, Πειραιάς*

Σκοπός: Η καταγραφή και η κατηγοριοποίηση των ψυχικών διαταραχών που εξετάστηκαν στο ψυχιατρικό Τμήμα Επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), μέσα στο πλαίσιο της αποασυλοποίησης και πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Υλικό: Στη μελέτη συμμετείχαν 842 ασθενείς οι οποίοι προσήλθαν για εκτίμηση από 01/01/13-31/07/13. 402 (47,7%) άνδρες και 440 (52,3%) γυναίκες από τους οποίους το 91,6 % (771) Έλληνες

Μέθοδος: Εφαρμόστηκε  $\chi^2$  και t test. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του SPSS 21.

Αποτελέσματα: Καταγράφηκαν 18 διαγνώσεις σύμφωνα με το ICD-10, 217 ψυχώσεις, 154 αγχώδεις διαταραχές, 278 συναισθηματικές διαταραχές, 21 διαταραχές προσωπικότητας, 88 λόγω εξάρτησης από ουσίες, 8 ανάπτυξης, 23 οργανικές παθήσεις, 27 οργανικά ψυχοσύνδρομα, 3 συνταγογραφήσεις και 21 χωρίς ψυχοπαθολογία. Από αυτούς, 7(0,8%) αρνήθηκαν την προτεινομένη θεραπεία. Υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το φύλο και τη διαταραχή ( $\chi^2 = 71,9$   $p = .001$ ). Το είδος της προτεινόμενης θεραπείας ήταν 317(37,6%) εισαγωγή, 334(39,7%) φαρμακευτική αγωγή, και το υπόλοιπο 22,7% παραπομπή είτε σε ψυχολόγο είτε σε άλλες ειδικότητες ή άλλο νοσοκομείο. Υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη διάγνωση με το φύλο (Fisher=74.8  $p = .001$ ) και την ηλικία ( $F_{ANOVA} = 24.04$   $p = .001$ ), καθώς και στην ηλικία με το είδος της θεραπείας ( $F_{ANOVA} = 4.0245$   $p = .001$ ) και την εθνικότητα ( $t = 5.657$   $p = .001$ ).

Συμπεράσματα: Ο αριθμός των ατόμων που προσέρχονται στην πρωτοβάθμια ψυχιατρική φροντίδα είναι μεγάλος, με ποικιλομορφία διαγνώσεων που καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογίας και βοηθά στην αποασυλοποίηση, καθώς το είδος της θεραπείας εναλλάσσεται και η νοσηλεία δεν αποτελεί πια το μεγαλύτερο κομμάτι της αποκατάστασης.

## AA3

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΥΠΟΥ D ΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ

**Χ. Χριστοδούλου<sup>1</sup>, Α. Δουζένης<sup>1</sup>, Λ. Ραλλίδης<sup>2</sup>, Β. Ευσταθίου<sup>1</sup>, Γ. Μπούρας<sup>1</sup>, Χ. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>**

1. Β' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

2. Β' Καρδιολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Σκοπός εργασίας: Το άγχος και η κατάθλιψη μπορεί να προβλέψουν την ανάπτυξη και την εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου (ΣΝ). Παράλληλα, η προσωπικότητα τύπου D, την οποία απαρτίζουν δύο διαστάσεις, η αρνητική συναισθηματικότητα (NA) και η κοινωνική αναστολή (SI), έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο καρδιακού επεισοδίου. Μελετάται η σχέση ανάμεσα στην προσωπικότητα τύπου D και στη ΣΝ, λαμβάνοντας υπόψη δημογραφικά, κλινικά και ψυχολογικά (κατάθλιψη, άγχος) στοιχεία των ασθενών.

Υλικό και Μέθοδος: Οι κλίμακες DS14 και Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) συμπληρώθηκαν από 96 ασθενείς (89.6% άνδρες) με ΣΝ και 80 υγιείς συμμετέχοντες (88.8% άνδρες) από το γενικό πληθυσμό, συγκρίσιμοι ως προς το φύλο και την ηλικία.

Αποτελέσματα: Βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς την παρουσία της προσωπικότητας τύπου D ανάμεσα στους ασθενείς με ΣΝ (51%, n=49) και τους υγιείς συμμετέχοντες (12.5%, n=10;  $\chi^2=29.09$ ,  $p<0.001$ ,  $df=1$ , n=176). Οι πάσχοντες από ΣΝ (NA:M=13.71±6.41 & SI:M=11.82±5.68) είχαν υψηλότερα επίπεδα τόσο στην υποκλίμακα της αρνητικής συναισθηματικότητας ( $t=-8.18$ ,  $p<0.001$ ,  $df=176$ ) όσο και στις κοινωνικής αναστολής ( $t=-5.66$ ,  $p<0.001$ ,  $df=174$ ) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (NA:M=6.15±5.71 & SI: M=7.45±4.57). Και οι δύο διαστάσεις της προσωπικότητας τύπου D συσχετίστηκαν θετικά με την κατάθλιψη και το άγχος. Τέλος, βρέθηκε ότι ανάμεσα στους ασθενείς με ΣΝ το φύλο αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα ως προς το άγχος, με τις γυναίκες να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα.

Συμπεράσματα: Το γεγονός ότι η προσωπικότητα τύπου D βρέθηκε σε μεγάλο μέρος των ασθενών με ΣΝ και συσχετίστηκε θετικά με άγχος και κατάθλιψη, οδηγεί στο συμπέρασμα της σημασίας του τύπου αυτού της προσωπικότητας στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο.

## AA4

### Η CRP ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

**Μ. Ζόγκα<sup>1</sup>, Π. Ουλής<sup>2</sup>, Φ. Μπουφίδου<sup>1</sup>, Π. Πλιάτσικα<sup>1</sup>, Β. Μασδράκης<sup>2</sup>, Χ. Νικολάου<sup>1</sup>**

1. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας - Ανοσολογικό Τμήμα, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, Πανεπιστήμιο Αθηνών

2. Α' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

Σκοπός: Η ανάδειξη της C αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) ως δείκτη υποκείμενης φλεγμονής στη μείζονα κατάθλιψη και της σημασίας της έγκαιρης αντιμετώπισης της νόσου για την πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων.

Υλικό και μέθοδοι: Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 20 γυναίκες πάσχουσες από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και ισάριθμες υγιείς γυναίκες ανάλογης ηλικίας και Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Οι ασθενείς νοσηλεύθηκαν στην Ψυχιατρική Κλινική όπου έλαβαν αντικαταθλιπτική αγωγή. Έγινε ανοσονεφελομετρικός προσδιορισμός των επιπέδων της C αντιδρώσας πρωτεΐνης (hsCRP) στο περιφερικό αίμα των υγιών μαρτύρων και των ασθενών σε δύο χρόνους: κατά την εισαγωγή και κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα της CRP στον ορό των ασθενών ( $0.49 \pm 0.732$  mg/dl) ήταν σημαντικά υψηλότερα ( $p < 0.001$ ) σε σχέση με εκείνα των υγιών μαρτύρων ( $0.07 \pm 0.033$ ) τόσο κατά την εισαγωγή όσο και κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο ( $0.19 \pm 0.199$ ,  $p < 0.001$ ). Τα επίπεδα της CRP μειώθηκαν σημαντικά ( $p < 0.001$ ) κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στον ΔΜΣ μεταξύ ασθενών και υγιών μαρτύρων ( $p = 0.845$ ).

Συμπέρασμα: Ο προσδιορισμός με την υψηλής ευαισθησίας (hs) μέθοδο αναφοράς (ανοσονεφελομετρία) ενός σημαντικού δείκτη φλεγμονής αναδεικνύει τα υψηλά επίπεδα CRP που χαρακτηρίζουν τους πάσχοντες από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή αλλά και τη μείωσή τους μετά από επιτυχή αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή. Αυτό, σε συνδυασμό με τα υψηλά ποσοστά συννόσησης της νόσου με τις καρδιαγγειακές παθήσεις κατατάσσει τους πάσχοντες από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή στην ομάδα υψηλού κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις. Τα ευρήματα αυτά αφενός υποδηλώνουν πιθανή ύπαρξη κοινού για τις δύο νόσους φλεγμονώδους υποστρώματος, αφετέρου υπογραμμίζουν τη σπουδαιότητα της έγκαιρης φαρμακευτικής αντιμετώπισης της μείζονος κατάθλιψης.

## AA5

### ΣΧΕΣΗ ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΗ ΣΕ ΣΥΝΑΡΤΗΣΗ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ (ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ)

**Π. Κορκολιάκου<sup>1</sup>, Χ. Χριστοδούλου<sup>1</sup>, Α. Δουζένης<sup>1</sup>, Α. Κουρής<sup>2</sup>, Ε. Καλούδη<sup>1</sup>, Ε. Πορίχνη<sup>1</sup>, Ν. Σταυριανέας<sup>2</sup>, Λ. Λύκουρας<sup>1</sup>, Χ. Παπαγεωργίου<sup>1</sup>**

1. Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Πα.Γ.Ν. «Αττικόν»

2. Β΄ Δερματολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Πα.Γ.Ν. «Αττικόν».

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης της αλεξιθυμίας σε ψωριασικούς ασθενείς σε συνάρτηση με άλλα κλινικά, δημογραφικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά (συμπεριλαμβανομένων και των παραγόντων του άγχους και της κατάθλιψης).

Υλικό και μέθοδος: 108 ασθενείς και 48 υγιείς μάρτυρες σε αντιστοιχία σε ηλικία και φύλο συμπλήρωσαν τις κλίμακες: Toronto Alexithymia scale (TAS-20) για μέτρηση της αλεξιθυμίας και Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) για μέτρηση του άγχους / κατάθλιψης. Η βαρύτητα της ψωρίασης είχε προηγουμένως μετρηθεί από Δερματολόγους με τη βοήθεια της κλίμακας Psoriasis Area and Severity Index (Pasi).

Αποτελέσματα: 52 άντρες και 56 γυναίκες με ψωρίαση είχαν μέσο όρο βαθμολογίας στην κλίμακα της αλεξιθυμίας (TAS-20)  $52.62 \pm 13.35$ . Εξ αυτών, 45 ασθενείς παρουσίασαν αλεξιθυμία (TAS-20 > 52), όπως επίσης και 25 από αυτούς που είχαν σοβαρή ψωρίαση με βάση την κλίμακα PASI. Η αλεξιθυμία των ασθενών δεν φάνηκε να επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία και τη βαρύτητα της νόσου. Δεκαεπτά (17) από τους 26 ασθενείς που ήταν καταθλιπτικοί με βάση την κλίμακα HADS-D ( $\chi^2=63.63$ ,  $p<0.001$ ) και 21 από τους 34 ασθενείς που σημείωσαν υψηλή βαθμολογία στο άγχος με βάση την κλίμακα HADS-A ήταν και αλεξιθυμικοί ( $\chi^2=56.74$ ,  $p<0.001$ ). Οι ασθενείς παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά στην αλεξιθυμία από την ομάδα ελέγχου ( $39.77 \pm 13.71$ ), ενώ δεν είχαν διαφορές όσον αφορά το άγχος και την κατάθλιψη.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι αφενός οι ψωριασικοί ασθενείς έχουν υψηλότερη αλεξιθυμία από τους υγιείς μάρτυρες, αφετέρου ότι η αλεξιθυμία συσχετίζεται με το άγχος και την κατάθλιψη. Επίσης, φαίνεται η αλεξιθυμία να αποτελεί χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των ασθενών αφού είναι ανεξάρτητη από φύλο, ηλικία και βαρύτητα της νόσου.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

**Γ.Ν. Λυράκος<sup>1,2</sup>, Ε. Χατζηπαγγελάκη<sup>3</sup>, Α. Παπαζαφειροπούλου<sup>4</sup>, Σ. Μπούσμπουλας<sup>4</sup>, Γ. Κωστοπαναγιώτου<sup>1</sup>, Χ. Μπατιστάκη<sup>1</sup>, Σ. Παππάς<sup>4</sup>, Β. Σπινάρης<sup>2</sup>**

1. Β' Κλινική Αναισθησιολογίας ΕΚΠΑ, Μονάδα Πόνου, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα.
2. Ψυχιατρικός Τομέας, ΓΝ Νίκαιας - Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων»
3. Β' Κλινική Παθολογίας, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα.
4. Γ' Παθολογικό Τμήμα και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας - Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων»

**Εισαγωγή:** Σε μεγάλο τμήμα της έρευνας έχει φανεί ότι η κατάθλιψη συνυπάρχει σε ένα ποσοστό από 5% έως 30% των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ), καθώς και ότι η προσωπικότητα επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν την νόσο τους.

**Σκοπός:** Η μελέτη της ύπαρξης συνάφειας ανάμεσα στην κατάθλιψη και τους διαφορετικούς τύπους προσωπικότητας.

**Υλικό και μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν 185 ασθενείς με ΣΔ από τους οποίους οι 23 (12,43%) είχαν συνυπάρχουσα καταθλιπτική διαταραχή (ΚΔ). Από αυτούς 136 (73,5%) ήταν γυναίκες και 49 (26,5) άνδρες. Η μέτρηση της προσωπικότητας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου Ten-Item Personality Inventory (TIPI) που μετράει τα βασικά δομικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας με τους παράγοντες: 1) εξωστρέφεια, 2) προσήνεια - κοινωνικότητα, 3) ευσυνειδησία, 4) συναισθηματική σταθερότητα και 5) πνευματική καλλιέργεια. Πραγματοποιήθηκε t-test για ανεξάρτητα δείγματα ανάμεσα σε ασθενείς με ΣΔ και ασθενείς με συνυπάρχουσα ΚΔ. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το SPSS 21.

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα ευσυνειδησίας ( $t=3,151$   $p=,002$ ), με τους ασθενείς με ΚΔ ( $MO=4,7\pm 1,5$ ) να έχουν στατιστικά χαμηλότερες τιμές από τους ασθενείς με ΣΔ ( $MO=5,6\pm 1,3$ ). Διαφορά επίσης παρατηρήθηκε στην κλίμακα συναισθηματικής σταθερότητας ( $t=2,408$ ,  $p=,017$ ) με τους ασθενείς με ΚΔ ( $MO=3,9\pm 1,5$ ) να έχουν στατιστικά χαμηλότερες τιμές από τους ασθενείς με ΣΔ ( $MO=4,6\pm 1,3$ ). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους υπόλοιπους παράγοντες της προσωπικότητας.

**Συμπεράσματα:** Από τα ευρήματα γίνεται εμφανές ότι η συνύπαρξη κατάθλιψης μειώνει την δυνατότητα καλής οργάνωσης και στοχοθεσίας στους ασθενείς με ΣΔ ενώ ταυτόχρονα τους βοηθά να παραμένουν ήρεμοι ακόμα και σε δύσκολες συνθήκες πιθανόν λόγω της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης.

## AA7

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΣΥΝΝΟΣΗΣΗΣ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕ ΧΟΡΕΙΑ ΤΟΥ HUNTINGTON

**Η. Μακρυλλού, Π. Ουλής, Μ. Τσιαμούρα, Μ. Πάνας, Ι. Δούμος, Κ. Κόλλιας, Κ. Ψάρρος**

*Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο*

Εισαγωγή: Η χορεία του Huntington είναι μία κληρονομική νόσος του Κ.Ν.Σ η οποία χαρακτηρίζεται από χορειοαθετωσικές κινήσεις, προοδευτική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών και εκδηλώσεις που συνδέονται με την ψυχική σφαίρα. Περίπου το 50% των νοσούντων εμφανίζουν αυτοκαταστροφικό ιδεασμό ενώ το 6% πραγματοποιούν απόπειρα αυτοκτονίας. Τα ποσοστά αυτοκτονικότητας είναι υψηλότερα από αυτά που παρατηρούνται σε άλλες νευροεκφυλιστικές παθήσεις. Στη βιβλιογραφία περιγράφονται δύο χρονικές περίοδοι αυξημένης επικινδυνότητας για απόπειρα αυτοκαταστροφής. Η πρώτη συμπίπτει με την περίοδο έναρξης των συμπτωμάτων της νόσου όταν δηλαδή η διάγνωση είναι υπό διερεύνηση και η δεύτερη με την περίοδο κατά την οποία οι ασθενείς αφού έχουν πλέον διαγνωστεί, παρουσιάζουν τις πρώτες ενδείξεις σαφούς έκπτωσης της λειτουργικότητας τους.

Υλικό - Μέθοδος: Πρόκειται για θήλυ άτομο, 60 ετών. Εισήχθη για νοσηλεία στην ψυχιατρική κλινική προ έτους λόγω υποτροπιάζουσας καταθλιπτικής διαταραχής, με ευχές θανάτου. Επανεισήχθη έξι μήνες αργότερα, λόγω σοβαρής απόπειρας αυτοκτονίας.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια της πρώτης της νοσηλείας η ασθενής παρουσίαζε συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης σε συνδυασμό με κινητικές διαταραχές, ήπια έκπτωση της λειτουργικότητας και γνωστικά ελλείματα. Υπεβλήθη σε νευρολογικό και μοριακό γενετικό έλεγχο και τέθηκε η διάγνωση της χορείας του Huntington. Αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με αντικαταθλιπτική αγωγή. Έξι μήνες αργότερα, η ασθενής πραγματοποίησε σοβαρή απόπειρα αυτοκαταστροφής και επανεισήχθη επειγόντως. Αντιμετωπίστηκε θεραπευτικά με αντικαταθλιπτικά και αλοπεριδόλη για τις υπερκινησίες.

Συζήτηση: Με βάση τα δεδομένα αυτής της περίπτωσης συζητείται η συνύπαρξη της χορείας του Huntington με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και η σχέση της πορείας της νευρολογικής νόσου με τον αυξανόμενο κίνδυνο αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς των ασθενών.



**ΗΜΙ-ΥΔΡΟΕΓΚΕΦΑΛΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ****Η. Μακρυλλού, Π. Ουλής, Κ. Πόταγας, Ι. Δούμος, Γ. Στεφανάκης, Κ. Κόλλιας***Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο*

Εισαγωγή: Η ημι-υδρο-εγκεφαλία αποτελεί ένα εξαιρετικά σπάνιο σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από παντελή ή σχεδόν παντελή έλλειψη του ενός εγκεφαλικού ημισφαιρίου. Η περιοχή που έχει υποστεί βλάβη καλύπτεται από εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Πιθανολογείται πως το σύνδρομο αυτό προκαλείται από απόφραξη της καρωτιδικής αρτηρίας και λαμβάνει χώρα κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης πριν τη συναπτογένεση. Έχουν περιγραφεί εννέα περιστατικά έως σήμερα, τα οποία προέρχονται κυρίως από παιδιατρικούς ασθενείς. Δεν έχει περιγραφεί συννόσηση με ψυχιατρικές διαταραχές.

Υλικό- Μέθοδος: Παρουσιάζεται περίπτωση θήλεως ατόμου, 65 ετών. Εισήχθη στο Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου στο πλαίσιο αγχωδών και καταθλιπτικών εκδηλώσεων. Η ασθενής υπεβλήθη σε νευρολογικό, απεικονιστικό, νευροψυχολογικό και ψυχομετρικό έλεγχο πριν και μετά τη νοσηλεία.

Αποτελέσματα: Η ασθενής παρουσιάζει αριστερή ημιπάρεση και νυσταγμό και από τον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε πως πάσχει από ημι-υδροεγκεφαλία χωρίς απόφραξη των καρωτιδικών αρτηριών. Ο νευροψυχολογικός έλεγχος ανέδειξε πως η ασθενής λειτουργεί νοητικά στο επίπεδο της μέσης φυσιολογικής νοημοσύνης. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας έλαβε αντικαταθλιπτική και αγχολυτική αγωγή και εξήλθε βελτιωμένη.

Συζήτηση: Το ενδιαφέρον του περιστατικού έγκειται αφενός στη σπανιότητα του συνδρόμου της ημι-υδροεγκεφαλίας και αφετέρου στο ότι η ασθενής παρουσιάζει φυσιολογική νοημοσύνη και καλή λειτουργικότητα. Συζητείται η συσχέτιση της ψυχοπαθολογίας και της ανταπόκρισης στη φαρμακευτική θεραπεία με τις ανατομικές ιδιαιτερότητες του Κ.Ν.Σ που αναδεικνύονται από τον απεικονιστικό έλεγχο.

## AA9

### ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΟΥΣ ΤΥΠΟΥ

**Μ. Σκώκου, Φ. Γουρζής**

*Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα*

**Σκοπός Εργασίας:** Καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονται συχνά στη σχιζοφρένεια, στην πρόδρομη, οξεία και χρόνια φάση. Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε η σχέση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την ενεργό φάση της ψύχωσης με το φύλο και την ηλικία έναρξης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια παρανοειδούς τύπου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Εξετάσθηκαν 88 ασθενείς με σχιζοφρένεια παρανοειδούς τύπου, σύμφωνα με DSM-IV-TR κριτήρια, 21 με έναρξη  $\geq 35$  ετών (όψιμη έναρξη), και 60 με έναρξη  $< 30$  ετών (πρώιμη έναρξη). Κατά την οξεία φάση εφαρμόστηκε η Κλίμακα Κατάθλιψης του Calgary για ασθενείς με σχιζοφρένεια. Επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με τις δοκιμασίες Wilcoxon rank-sum και  $\chi^2$ .

**Αποτελέσματα:** Η συνολική συχνότητα της κατάθλιψης (CDSS $>6$ ) ήταν 27,2%, χωρίς σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων. Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη βαρύτητα των συμπτωμάτων μεταξύ ασθενών πρώιμης και όψιμης έναρξης, πλην μιας τάσης για βαρύτερη πρώιμη αφύπνιση στους ασθενείς όψιμης έναρξης ( $p=0,060$ ). Στην ομάδα των ανδρών, υπήρχε μια τάση για βαρύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ασθενείς όψιμης έναρξης, και βαρύτερη πρώιμη αφύπνιση ( $p=0,082$ ,  $p=0,019$ , αντίστοιχα). Οι γυναίκες πρώιμης έναρξης έτειναν να έχουν βαρύτερη αυτοκτονικότητα σε σχέση με τις όψιμης έναρξης ( $p=0,077$ ). Στους ασθενείς πρώιμης έναρξης, σημειώθηκε μια τάση για βαρύτερη συμπτωματολογία στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, και βαρύτερο αίσθημα ενοχής ( $p=0,073$ ,  $p=0,007$ , αντίστοιχα), ενώ στους ασθενείς όψιμης έναρξης, υπήρχε μια τάση για βαρύτερη αυτοϋποτίμηση στους άνδρες ( $p=0,072$ ).

**Συμπεράσματα:** Παρότι η συχνότητα της κατάθλιψης δεν φαίνεται να επηρεάζεται από το φύλο και την ηλικία έναρξης, λεπτότερες διαφορές μοιάζει να υπάρχουν στη βαρύτητα και σε επιμέρους καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με αυτές τις παραμέτρους.

## ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΑΡΡΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

**Δ. Καραϊσκος<sup>1</sup>, Η. Τζαβέλλας<sup>1</sup>, Ε. Οικονόμου<sup>1</sup>, Ι. Ηλίας<sup>2</sup>, Ι. Λιάππας<sup>1</sup>, Θ. Παπαρρηγόπουλος<sup>1</sup>**

1. Α' Ψυχιατρική Κλινική, Νευροψυχιατρικό Ιατρείο, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ

2. Νοσοκομείο «Ελενα Βενιζέλου», Τμήμα Ενδοκρινολογίας - Διαβήτη και Μεταβολισμού

Σκοπός: Η σεξουαλική διαταραχή είναι μια συχνά απαντούμενη κατάσταση σε καταθλιπτικούς ασθενείς, σχετίζεται κυρίως με τη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων και αφορά στη μείωση της επιθυμίας, στη στυτική και οργασμική λειτουργία. Καθώς οι σεξουαλικές ανεπιθύμητες ενέργειες παραμένουν σε όλη την πορεία της φαρμακευτικής αγωγής με αντικαταθλιπτικά και δεν είναι αυτοπεριοριζόμενες, πολλοί άρρηνες ασθενείς διακόπτουν πρόωρα τη θεραπεία τους προκειμένου να επανακτήσουν τη σεξουαλική διάθεση και ικανότητα.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σεξουαλικής λειτουργίας σε άρρηνες ασθενείς που έλαβαν αντικαταθλιπτικά λόγω μείζονος κατάθλιψης πριν τη λήψη της αγωγής, κατά τη διάρκεια λήψης της και δυο μήνες μετά τη λήξη της θεραπευτικής περιόδου.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μια μη παρεμβατική μελέτη παρατήρησης που διεξήχθη σε 25 άρρηνες καταθλιπτικούς ασθενείς ηλικίας 30-50 ετών που εξετάσθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτειου Νοσοκομείου λόγω μείζονος κατάθλιψης. Οι ασθενείς δεν είχαν λάβει αντικαταθλιπτική αγωγή ούτε ελάμβαναν άλλη αγωγή που να επηρεάζει τη σεξουαλική λειτουργία και έδωσαν τη συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή στη μελέτη.

Έγινε καταγραφή της σεξουαλικής λειτουργίας με την κλίμακα Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την κλίμακα Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS) κατά την αρχική εκτίμηση οπότε οι ασθενείς δεν ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, τρεις μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας, και δυο μήνες μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού σχήματος οπότε και ήταν ελεύθεροι φαρμακευτικής αγωγής. Όσοι κατά την τελική εκτίμηση έλαβαν εκ νέου αγωγή λόγω υποτροπής εξαιρέθηκαν από την τελική εκτίμηση.

Οι συγκρίσεις έγιναν με τη δοκιμασία paired samples t test, ενώ με τη δοκιμασία Spearman correlation διερευνήθηκαν οι παράγοντες που σχετίζονται με τη σεξουαλική δυσλειτουργία κατά τις τρεις εκτιμήσεις.

Αποτελέσματα: Μέσες τιμές και σταθερές αποκλίσεις των τιμών των δοκιμασιών κατά την αρχική, τη δεύτερη και την τελική εκτίμηση των ασθενών. Οι συγκρίσεις μεταξύ αρχικής και δεύτερης εκτίμησης καθώς και μεταξύ αρχικής και τελικής εκτίμησης έγιναν με τη δοκιμασία paired samples t test

	Αρχική εκτίμηση (άνευ αγωγής)	Δεύτερη εκτίμηση (υπό αγωγή)	Τελική εκτίμηση (άνευ αγωγής)
ASEX	17.8± 5.4	25.6±7.9*	12.9±5.8**
HDRS	22.3±4.2	4.2±3.4*	7.3±5.2**

\* :  $p < 0.05$  για τη σύγκριση μεταξύ αρχικής και δεύτερης εκτίμησης

\*\* :  $p < 0.05$  για τη σύγκριση μεταξύ αρχικής και τελικής εκτίμησης

Συσχέτιση της τιμής της κλίμακας ASEX με την HDRS και την ηλικία κατά την αρχική εκτίμηση:

	<b>ASEX 1 Spearman's rho Sig. (2-tailed)</b>
<b>HDRS 1</b>	0.775 <0.05
<b>Ηλικία</b>	0.842 <0.05

Συσχέτιση της τιμής της κλίμακας ASEX με την HDRS και την ηλικία κατά την δεύτερη εκτίμηση:

	<b>ASEX 2 Spearman's rho Sig. (2-tailed)</b>
<b>HDRS 2</b>	0.318 0.340
<b>Ηλικία</b>	0.554 0.062

Συσχέτιση της τιμής της κλίμακας ASEX με την HDRS και την ηλικία κατά την τελική εκτίμηση:

	<b>ASEX 3 Spearman's rho Sig. (2-tailed)</b>
<b>HDRS 3</b>	0.719 <0.005
<b>Ηλικία</b>	0.856 <0.05

Συμπεράσματα: Η λήψη αντικαταθλιπτικών οδηγεί σε μείωση της σεξουαλικής λειτουργίας σε άρρνες καταθλιπτικούς ασθενείς. Η σεξουαλική λειτουργία στα άτομα αυτά όταν δεν λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά σχετίζεται αρνητικά με την ηλικία όσο και με την ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Μετά την επιτυχή θεραπεία με αντικαταθλιπτικά και τη διακοπή της αγωγής η σεξουαλική λειτουργία βελτιώνεται ακόμα και με την προ της λήψεως της αγωγής περίοδο.

**ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΣΕ ΖΩΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

**Χ. Δάλλα<sup>1</sup>, Ν. Κόκρας<sup>1,2</sup>, Β. Καφετζόπουλος<sup>1</sup>, Θ. Μαυρίδης, Ν. Παστρωμάς, Ε. Τζουβέκα, Δ. Παπασάβα, Ζ. Παπαδοπούλου - Νταϊφώτη<sup>1</sup>**

1. Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

2. Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, «Αιγινήτσειο» Νοσοκομείο

**Σκοπός Εργασίας:** Η κατάθλιψη, όπως και άλλες ψυχικές διαταραχές που συνδέονται με το στρες, εμφανίζονται πιο συχνά στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Αξιοσημείωτο είναι ότι σε όλα τα εδραιωμένα ζωικά πρότυπα κατάθλιψης παρατηρούνται διαφυλικές διαφορές, οι οποίες εξαρτώνται από πολλές παραμέτρους.

**Υλικό & Μέθοδος:** Την τελευταία εικοσαετία στο εργαστήριο Φαρμακολογίας αναπτύχθηκε στοχευμένη έρευνα που αφορά στις διαφορές του φύλου σε διάφορα πειραματικά πρότυπα κατάθλιψης σε επίπεδο συμπεριφοράς, νευροχημείας, νευροβιολογίας και δεικτών νευροπλαστικότητας. Τα πρότυπα αυτά συμπεριλαμβάνουν μεταξύ άλλων, το χρόνιο ήπιο στρες, την εξαναγκασμένη κολύμβηση, και το πρότυπο της μαθημένης ανυπαρξίας βοήθειας.

**Αποτελέσματα:** Το χρόνιο ήπιο στρες και η εξαναγκασμένη κολύμβηση προκάλεσαν μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα στον ιππόκαμπο των θηλυκών πειραματόζωων. Επισημαίνεται ότι στην εξαναγκασμένη κολύμβηση, τα θηλυκά πειραματόζωα συγκρινόμενα με τα αρσενικά, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικόμορφης συμπεριφοράς, ενώ η δράση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων διαφοροποιείται ανάλογα με τη φάση του κύκλου. Τέλος, στο πρότυπο της μαθημένης ανυπαρξίας βοήθειας, τα θηλυκά πειραματόζωα δεν εμφανίζουν την καταθλιπτικόμορφη συμπεριφορά, που χαρακτηρίζει τα αρσενικά πειραματόζωα. Αποτέλεσμα αυτής της διαφυλικής διαφοράς φαίνεται να είναι και η έλλειψη επίδρασης του στρες στη νευρογένεση του ιπποκάμπου των θηλυκών πειραματόζωων.

**Συμπεράσματα:** Συνολικά τα ευρήματα της έρευνας της ομάδας της Ψυχοφαρμακολογίας υποδεικνύουν ότι υπάρχουν σοβαρές διαφυλικές διαφορές τόσο στο υπόστρωμα όσο και στην απάντηση στα φάρμακα και ότι το σεροτονινεργικό σύστημα φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο. Στην ανάπτυξη οποιασδήποτε θεωρίας οι ερευνητές λαμβάνουν υπόψη τους ότι όλα τα ζωικά πρότυπα υπόκεινται σε περιορισμούς, αλλά πολλά από τα ανωτέρω ευρήματα έχουν αρχίσει ήδη να βρίσκουν εφαρμογή στην κλινική πράξη.

## AA12

### ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΡΥΣΙΑΚΗ ΦΑΣΗ

**Μ. Σκώκου, Π. Χριστόπουλος, Φ. Γουρζής**

*Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα*

**Σκοπός:** Η προεμμηνόρυσιακή δυσφορική διαταραχή είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Οι διπολικές διαταραχές εμφανίζουν συμπτώματα παρόμοια με αυτά του προεμμηνόρυσιακού συνδρόμου, όπως η καταθλιπτική, ευερέθιστη ή και ευμετάβλητη διάθεση, εγείροντας δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση. Στην παρούσα εργασία περιγράφεται η περίπτωση μιας γυναίκας πάσχουσας από κυκλοθυμία, με επεισόδια περιοριζόμενα στην ωχρινική φάση του καταμήνιου κύκλου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Παρουσίαση περιστατικού

**Αποτελέσματα:** Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς 42 ετών με επεισόδια διαταραχής της διάθεσης διάρκειας 10-12 ημερών, κατά την ωχρινική φάση του καταμήνιου κύκλου, σχεδόν σε κάθε κύκλο από ηλικίας 20 ετών. Η ασθενής περιέγραφε υπομανιακά συμπτώματα κατά τις πρώτες 4-5 μέρες της ωχρινικής φάσης, με ευερέθιστη διάθεση, πίεση λόγου, αυξημένη σεξουαλική επιθυμία, αυξημένη οξύτητα των αισθήσεων και αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας, τα οποία ακολουθούνταν από καταθλιπτικά συμπτώματα, διάρκειας 6-7 ημερών, με ευερέθιστη και καταθλιπτική διάθεση, κόπωση, υπερυπνία, ευσυγκινησία, μειωμένη αυτοεκτίμηση, απαισιοδοξία. Ο πλήρης εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Η ασθενής έλαβε λαμοτριγίνη, 200mg ημερησίως, με επακόλουθη βελτίωση των συμπτωμάτων. Εφαρμόστηκαν προοπτικά σε καθημερινή βάση η Young Mania Rating Scale και η Hamilton Depression Rating Scale, κατά τη διάρκεια του καταμήνιου κύκλου, προ της έναρξης και τρεις μήνες μετά την τιτλοποίηση της λαμοτριγίνης, για έναν καταμήνιο κύκλο κάθε φορά.

**Συμπεράσματα:** Η ακριβής σχέση μεταξύ της προεμμηνόρυσιακής δυσφορικής διαταραχής και άλλων διαταραχών που είτε συνυπάρχουν, είτε επιδεινώνονται προεμμηνόρυσιακά, ή ακόμη συγχρονίζονται με τον καταμήνιο κύκλο, δεν έχει προς το παρόν διευκρινιστεί. Η καλύτερη κατανόηση αυτής της σχέσης θα μπορούσε να βοηθήσει στην ακριβέστερη διάγνωση και θεραπεία των αντίστοιχων διαταραχών.

**ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ****Β.-Ε. Φωτεινού, Ι. Ζέρβας, Θ. Παπαρρηγόπουλος, Α. Σπυροπούλου, Γ.Ν. Παπαδημητρίου***Ιατρείο Ψυχικής Υγείας Γυναικών, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο*

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης των συμπτωμάτων κατάθλιψης με τις διαταραχές του ύπνου στην περίοδο της κύησης. Για το λόγο αυτό εξετάστηκε τη υπόθεση ότι οι έγκυες με καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν σημαντικότερες διαταραχές ύπνου, αϋπνίας και φτωχότερη ποιότητα ύπνου από τις έγκυες χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα. Η στοιχειοθέτηση ή μη, μιας τέτοιας πρότασης είναι κριτικής σημασίας στην καθημερινή κλινική πράξη, αφού θα βοηθήσει την κατηγοριοποίηση των εγκύων σε ομάδες υψηλού και χαμηλού κινδύνου, και θα ληφθεί μέριμνα για τη σωστή ψυχολογική και ψυχιατρική παρέμβαση.

Μέθοδος: Στην παρούσα μελέτη συλλέχθηκαν στοιχεία από 119 έγκυες μέσω αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων για συμπτώματα αϋπνίας (Athens Insomnia Scale), κατάθλιψης (Edinburgh Postnatal Depression Scale, Beck Depression Inventory), Συνδρόμου Ανήσυχων Άκρων (Restless Legs Syndrome, RLS) και υποβαθμισμένης ποιότητας ύπνου (Pittsburgh Sleep Quality Index).

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της μελέτης γενικές γραμμές συμφωνούν με την υπάρχουσα βιβλιογραφία προσθέτοντας μάλιστα τις εντοπιζόμενες στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συχνότητα του RLS στο πρώτο τρίμηνο και στο σύνολο της κύησης, με τα συμπτώματα να ευρίσκονται σε διπλάσια συχνότητα στις καταθλιπτικές έγκυες σε σχέση με τις ψυχιατρικά υγιείς. Υπολογίζεται ότι οι έγκυες με καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν διπλάσιες πιθανότητες να παρουσιάζουν συμπτώματα αϋπνίας. Ορισμένες από τις παραμέτρους του ύπνου παρουσιάζονται υποβαθμισμένες στις καταθλιπτικές έγκυες σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, ειδικά στο δεύτερο τρίμηνο. Επόμενη σχετική μελέτη θα μπορούσε να συμπεριλάβει λεχωίδες, καθώς επίσης να διερευνήσει χρονοβιολογικές παραμέτρους που πιθανόν συντελούν στην κοινή παθοφυσιολογία των διαταραχών ύπνου και των καταθλιπτικών διαταραχών κατά την περίοδο της κύησης.

## AA14

### ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΚΙΡΚΑΔΙΩΝ ΡΥΘΜΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

**Β.-Ε.Φωτεινού, Α. Χατζημανώλης, Ι. Ζέρβας, Γ.Ν. Παπαδημητρίου**

*Ιατρείο Ψυχικής Υγείας Γυναίκων, 1<sup>η</sup> Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο*

Οι διαταραχές στον κirkάδιο ρυθμό έχει φανεί ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην περιγεννητική κατάθλιψη όπως υποδεικνύεται από την εμφάνιση της διαταραχής του προτύπου του ύπνου. Η μελατονίνη θεωρείται ότι είναι ένας αξιόπιστος βιολογικός δείκτης των κirkαδιανών διαταραχών. Σε γυναίκες ασθενείς με κατάθλιψη, τα επίπεδα μελατονίνης είναι σχετικά χαμηλότερα από ότι στα υγιή άτομα. Αυτό μπορεί να ισχύει και στην περίπτωση της προγεννητικής κατάθλιψης. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι αυξημένες συγκεντρώσεις της μελατονίνης, κατά τη διάρκεια της νύχτας, σχεδόν ακολουθούν τις αυξήσεις των οιστρογόνων και της προγεστερόνης. Εάν η απορρύθμιση του κirkάδιου ρυθμού σε μερικές μορφές κατάθλιψης αντανάκλα μια μειωμένη επαγωγή της παραγωγής μελατονίνης, είναι πιθανό ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορούν να μειωθούν επηρεάζοντας το πρότυπο της έκκρισης μελατονίνης. Το ερώτημα που τίθεται είναι σε ποιο βαθμό οι ορμονικές διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι σε θέση να αποτρέψουν την εμφάνιση κατάθλιψης σε έγκυες γυναίκες επιρρεπείς σε ψυχιατρικές διαταραχές. Σε αυτή την εργασία σκοπός είναι να αναρτηθεί το βιβλιογραφικό υπόβαθρο για μια τέτοια υπόθεση.



## ΑΑ15

### ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΕ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΥΣ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΜΕΘΑΔΟΝΗ

**Ε. Φανουράκη<sup>1</sup>, Α. Τσελεμπής<sup>1</sup>, Γ. Δερμάτσης<sup>2</sup>, Α. Παχή<sup>1</sup>, Δ. Μπράτσης<sup>1</sup>, Ζ. Σαντά<sup>1</sup>, Α. Τσούτσα<sup>1</sup>, Μ. Μαλλιώρη<sup>2</sup>, Γ. Ι. Μουσσάς<sup>1</sup>**

1. Ψυχιατρική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

2. Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)

Εισαγωγή: Είναι γνωστή η συνύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε συμμετέχοντες σε προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη. Σε κλινικό επίπεδο δεν είναι πάντα σαφές αν πρόκειται για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο ή αν τα αίτια της καταθλιπτικής διάθεσης μπορούν και σε ποιο επίπεδο να ερμηνευθούν από άλλους ψυχολογικούς παράγοντες.

Σκοπός: Η διερεύνηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα που βρίσκονται σε πρόγραμμα μεθαδόνης.

Υλικό - Μέθοδος: Σε δείγμα 85 ατόμων (65 άνδρες και 20 γυναίκες) που βρίσκονται σε πρόγραμμα μεθαδόνης καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία και τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν την κλίμακα SCL-90.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 41,95 έτη με τις γυναίκες να παρουσιάζουν μικρότερη ηλικία έναντι των ανδρών (38,25±6,82 έναντι 43,09±9,03, t test p<0,05). Από τις 9 υποκλίμακες της SCL η υψηλότερη τιμή παρουσιάστηκε στην κλίμακα κατάθλιψης με μέσο όρο 2,08±0,81. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό του δείγματος 89,7% παρουσίασε παθολογικές τιμές κατάθλιψης. Οι εργαζόμενοι ασθενείς παρουσίασαν μικρότερες τιμές κατάθλιψης έναντι των ανέργων (1,71±0,85 έναντι 2,19±0,77). Ασθενείς που είχαν παιδιά παρουσίαζαν μεγαλύτερες τιμές κατάθλιψης από τους υπόλοιπους (2,31±0,73 έναντι 1,93±0,83). Ηλικία και εκπαίδευση δεν συσχετιζόνταν με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αντίθετα, υψηλή συσχέτιση παρουσίασε η κατάθλιψη με τις υπόλοιπες υποκλίμακες της SCL. Με βηματική λογαριθμική παλινδρόμηση εξετάσαμε την κατάθλιψη ως προς τις υπόλοιπες 8 υποκλίμακες και φάνηκε πως το άγχος συμμετέχει κατά 65% στη διακύμανση της κατάθλιψης, ενώ σε ένα ποσοστό 7% συμμετέχει η καταναγκαστικότητα.

Συμπεράσματα: Πολύ υψηλά επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αναφέρονται από χρήστες προγραμμάτων μεθαδόνης. Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης πιθανόν να απαιτεί και την αντιμετώπιση του συνοδού άγχους καθώς και των καταναγκαστικών στοιχείων.

## AA16

### ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

**Ε. Μέλλος, Δ. Παντελεάκης, Ε. Πέππας, Β. Πομίني, Θ. Παπαρρηγόπουλος, Ι. Λιάππας**

*Πρόγραμμα ΑΘΗΝΑ, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο - ΟΚΑΝΑ*

Είναι γνωστό ότι οι διαταραχές κατάχρησης/εξάρτησης από το οινόπνευμα συνυπάρχουν σε σημαντικό βαθμό με ποικίλου τύπου ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις. Μεταξύ αυτών οι συναισθηματικές διαταραχές (κατάθλιψη/ διπολική διαταραχή) απαντώνται ιδιαίτέρως συχνά. Μελέτες σε δείγματα από την κοινότητα επισημαίνουν ότι υπάρχουν 2 έως 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτυχθεί η μία κλινική οντότητα όταν υπάρχει ήδη η άλλη (ψυχοπαθολογία ↔ αλκοολισμός) και ότι αυτή η πιθανότητα αυξάνεται ακόμα περισσότερο σε πληθυσμούς ασθενών από θεραπευτικά πλαίσια. Κλινικές μελέτες υποστηρίζουν επίσης ότι ποσοστό έως και 80% των αλκοολικών αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ τουλάχιστον το 1/3 από αυτούς εμφανίζουν κλινική εικόνα που εμπίπτει στο πλαίσιο μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Η σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την κατάχρηση οινόπνευματος αποτελεί ένα σύνθετο ζήτημα, τόσο σε διαγνωστικό όσο και σε θεραπευτικό επίπεδο. Η επικρατούσα άποψη, προερχόμενη κυρίως από τις μελέτες της δεκαετίας του '90, ήταν ότι η συναισθηματικού τύπου συμπτωματολογία που παρατηρείται στους αλκοολικούς ανήκει σε ποσοστό έως και 60% στην αποκαλούμενη δευτεροπαθή ή επαγόμενη από το αλκοόλ διαταραχή και δεν αποτελεί πρωτοπαθή κλινική συνδρομή. Όμως τα αποτελέσματα της τελευταίας μεγάλης επιδημιολογικής μελέτης στις ΗΠΑ της NESARC αμφισβήτησαν αυτή την αντίληψη, καθώς έδειξαν ότι το 96% της συναισθηματικού τύπου συμπτωματολογίας που καταγράφεται στους αλκοολικούς είναι πρωτοπαθής διαταραχή.

Οι επιπτώσεις της αυξημένης συννόησης συναισθηματικών διαταραχών και αλκοολισμού είναι πολλές και σημαντικές, καθώς οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα επιθετικής και αυτοκτονικής συμπεριφοράς, αυξημένο αριθμό υποτροπών και νοσηλείων, χαμηλή συμμόρφωση και απάντηση στη φαρμακοθεραπεία και ιδιαίτερα υψηλό κόστος ιατρικής περίθαλψης.

Αναφορικά με τη φαρμακευτική παρέμβαση, η χρήση των αντικαταθλιπτικών φαίνεται πως είναι σημαντική κυρίως για την αντιμετώπιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

## ΑΑ17

### Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΑΣΤΕΓΩΝ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΑΘΗΝΑΙΩΝ

**Π. Χονδράκη<sup>1</sup>, Μ. Μαδιανός<sup>2</sup>, Γ.Ν. Παπαδημητρίου<sup>3</sup>**

1. Νοσηλεύτρια, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

2. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

3. Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

**Εισαγωγή:** Οι περισσότερες έρευνες για τους άστεγους που μελετούν τον επιπολασμό των συναισθηματικών διαταραχών προέρχονται από τις ΗΠΑ. Ο επιπολασμός των διαταραχών αυτών στον πληθυσμό των αστέγων, στις Ευρωπαϊκές χώρες μελετήθηκε πολύ αργότερα και βρέθηκε υψηλότερος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

**Σκοπός - Μεθοδολογία:** Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η επιδημιολογική μελέτη των ψυχικών διαταραχών σε δείγμα 254 αστέγων στο Δήμο Αθηναίων. Η έρευνα διεξήχθη από τον Ιανουάριο του 2010 έως τον Μάρτιο του 2011 με τη χρήση της δομημένης κλινικής συνέντευξης Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.).

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο επιπολασμός των συναισθηματικών διαταραχών στο δείγμα ήταν πολύ υψηλός (16,1%) σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά στον γενικό πληθυσμό, στην Ελλάδα. Στις Ευρωπαϊκές χώρες, τα αντίστοιχα ποσοστά στον πληθυσμό των αστέγων κυμαίνονται στα ίδια ή και σε μεγαλύτερα επίπεδα, σε σύγκριση με αυτά της Ελλάδας αλλά και σε σχέση με αυτά του γενικού πληθυσμού των χωρών αυτών. Χαμηλό ποσοστό σημειώνεται για τη συννόσηση συναισθηματικών με άλλες ψυχικές διαταραχές κυρίως με τις διαταραχές κατάχρησης/εξάρτησης από ουσίες, σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό που καταγράφεται για τη συννόσηση σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

**Συμπεράσματα:** Ο πληθυσμός των αστέγων αντιμετωπίζει πολλά και πολύπλοκα προβλήματα ψυχικής υγείας σε σύγκριση με αυτά του γενικού πληθυσμού. Αυτό που απασχολεί ιδιαίτερα είναι ότι τα προβλήματα αυτά δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς από τις υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Δημιουργείται λοιπόν η ανάγκη για ενοποίηση των υπηρεσιών αυτών σε θεραπευτικό και οργανωτικό επίπεδο για την καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών αυτού του ετερογενούς πληθυσμού.

## AA18

### ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΤΟΥ ΚΚΨΥ ΒΥΡΩΝΑ - ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗΣ

**Δ. Αναγνωστόπουλος, Γ. Λακιώτης, Ζ. Καλογεράκης, Φ. Κασωτάκη, Ε. Λαζαράτου**

*Α' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο*

*Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής, Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων*

Οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας αποτελούν χαρακτηριστική συμπεριφορά της εφηβείας.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών που αφορούν όλες τις περιπτώσεις απόπειρας αυτοκτονίας που αναφέρθηκαν στην Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων στο Κοινωνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα-Καισαριανής κατά το διάστημα 1989 -1998.

Μελετήθηκαν 28 περιπτώσεις απόπειρας αυτοκτονίας στις οποίες αξιολογήθηκαν τα εξής: η ηλικία, το φύλο, οι κοινωνικο - δημογραφικοί παράγοντες (κοινωνικο οικονομικό επίπεδο και εκπαίδευση), οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας (γονεϊκή φροντίδα, σεξουαλική κακοποίηση), πρόσφατα τραυματικά γεγονότα, η ψυχιατρική νοσηρότητα, στοιχεία κακοποίησης, προηγούμενες τάσεις αυτοκτονίας (ιδέες, σχέδια, απειλές), η παραπομπή και η συμμόρφωση.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως από τους έφηβους που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν το 35% ήταν αγόρια και το 65% κορίτσια ενώ οι ηλικίες κυμαίνονταν μεταξύ 12 και 18 ετών με μέσο όρο ηλικίας τα 15,2 έτη. Το 71% του δείγματος παρουσίαζε χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο ενώ το 29% ανήκε στο μεσαίο. Επίσης το 18% των εφήβων προερχόταν από χωρισμένους γονείς, το 35% βίωνε ενδοοικογενειακές συγκρούσεις και το 25% είχε ανεπαρκή γονεϊκή φροντίδα. Το 3,5% του δείγματος είχε υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, ενώ το 43% είχε βιώσει τραυματικές εμπειρίες. Προηγούμενη τάση αυτοκτονίας είχε παρουσιάσει το 58% του δείγματος, ενώ το 28% πρόβαλλε αίτημα για βοήθεια.

Προηγούμενες τάσεις αυτοκτονίας ήταν τα πλέον συνήθη ευρήματα μεταξύ άλλων ριψοκίνδυνων παραγόντων που εξετάστηκαν. Σημαντική ύπαρξη παραγόντων οι οποίοι υποδηλώνουν αντιξοότητες στην παιδική ηλικία, κοινωνική μειονεξία και ψυχιατρική νοσηρότητα φαίνεται να συμβάλλει σημαντικά στις απόπειρες αυτοκτονίας κατά την εφηβεία.

Σε καμία από τις περιπτώσεις δεν ζητήθηκε κανένα είδος βοήθειας πριν την απόπειρα αυτοκτονίας. (ούτε άμεσα από τον έφηβο, αλλά και ούτε έμμεσα από τους γονείς δασκάλους ή φίλους).

Η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και αποκατάστασης, φαίνεται να είναι απαραίτητη.

**ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗΣ ΣΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ****N. Κόκρας, A. Κουζούπης, Γ.Ν. Παπαδημητρίου***A' Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο*

**Σκόπος:** Οι περιπτώσεις σκόπιμης αυτό-δηλητηρίασης με φάρμακα αποτελούν συχνή αιτία ψυχιατρικής παρέμβασης στο Γενικό Νοσοκομείο.

**Μέθοδος:** Από τον Φεβρουάριο 2010 έως τον Δεκέμβριο 2012 καταγράφηκαν από τη μονάδα διασυνδεδετικής ψυχιατρικής της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής 268 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στα Νοσοκομεία «Αλεξάνδρα», «Ιπποκράτειο» και «Λαϊκό» λόγω απόπειρας αυτοκαταστροφής με λήψη φαρμάκων. Το 79% των ασθενών ήταν γυναίκες ηλικίας  $32 \pm 14$  και μόνο 21% άνδρες ηλικίας  $39 \pm 18$  ετών. Οι ασθενείς ήταν μέσης (73%) και χαμηλής (22%) κοινωνικής τάξης με ισοκατανομή ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης. Το 28% των ασθενών είχε ιστορικό σωματικής νόσου και μόνο το 6.4% νοσηλεύθηκε σε μονάδα αυξημένης ή εντατικής παρακολούθησης.

**Αποτελέσματα:** Διαγνωστικά, τα δύο τρίτα των ασθενών παρουσίαζαν διαταραχή προσωπικότητας ενώ άλλη μείζονα ψυχοπαθολογία παρουσίαζε το 32% (μονοπολική κατάθλιψη 13%, διπολική κατάθλιψη 8%, ψυχώσεις 10%). Το 50% των ασθενών που αξιολογήθηκαν δεν είχε ιστορικό προηγούμενης απόπειρας, 30% είχε ιστορικό μόνο μιας απόπειρας και το υπόλοιπο 20% είχε περισσότερες απόπειρες. Από την ψυχιατρική συνέντευξη προέκυψε ότι το 77% των ασθενών χωρίς ιστορικό προηγούμενης απόπειρας δεν είχε κατά το παρελθόν επαφή με ψυχιατρικές υπηρεσίες. Η βιβλιογραφία αναδεικνύει το ιστορικό προηγούμενης απόπειρας ως σημαντικό παράγοντα κινδύνου για επανάληψη της απόπειρας. Είναι ενδιαφέρον ότι 1 στους 5 ασθενείς (23%) με ιστορικό μιας ή περισσότερων αποπειρών δεν είχε αντιμετωπισθεί ψυχιατρικά.

**Συμπεράσματα:** Τα δεδομένα δείχνουν ότι ενώ η απόπειρα αυτό-δηλητηρίασης συχνά είναι η πρώτη ευκαιρία για επαφή με ψυχιατρικές υπηρεσίες, σημαντικό ποσοστό ασθενών, ακόμη και με πολλαπλές απόπειρες, διαφεύγει της ψυχιατρικής εκτίμησης. Η επέκταση της διασυνδεδετικής ψυχιατρικής στα Γενικά Νοσοκομεία θα αυξήσει την πιθανότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης των περιστατικών αυτών.

## ΑΑ 20

### ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ

**Χ. Χριστοδούλου, Β. Ευσταθίου, Α. Δουζένης, Π. Κορκολιάκου, Γ. Μπούρας, Μ. Γκερέκου, Χ. Παπαγεωργίου**

*Β' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»*

Σκοπός εργασίας: Η απελπισία (hopelessness) αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την αυτοκτονική συμπεριφορά. Εξετάζεται η σχέση της απελπισίας, όπως αποδίδεται με την κλίμακα απελπισίας του Beck (BHS), με στοιχεία που αφορούν την απόπειρα καθώς και με δημογραφικά και ψυχοπαθολογικά στοιχεία.

Υλικό και Μέθοδος: Την BHS συμπλήρωσαν 170 άτομα (52 άνδρες) μετά από πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας και ίσος αριθμός ατόμων (48 άνδρες) από το γενικό πληθυσμό, συγκρίσιμα ως προς το φύλο και την ηλικία.

Αποτελέσματα: Βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία της BHS ως προς την ηλικία μόνο στα άτομα με απόπειρα, άνω και κάτω της διάμεσης ηλικίας (27 έτη) υπέρ των μεγαλύτερων (10.5 vs 7.0, Mann-Whitney  $U=2321.5$ ,  $p<0.001$ ). Δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων και στις δύο ομάδες. Ως προς τη μέθοδο απόπειρας, τα άτομα που είχαν χρησιμοποιήσει βίαιες μεθόδους είχαν υψηλότερη βαθμολογία (14.0 vs 8.0, Mann Whitney  $U=395.0$ ,  $p<0.001$ ), όπως επίσης και εκείνα με προηγούμενη απόπειρα (11.0 vs 7.0, Mann-Whitney  $U=1758.0$ ,  $p<0.001$ ). Στους αποπειραθέντες με διάγνωση μείζονος κατάθλιψης ή δυσθυμίας η βαθμολογία ήταν υψηλότερη συγκριτικά με τις άλλες διαγνώσεις. Ανάλυση με γραμμική εξάρτηση (linear regression), έδειξε ότι η ηλικία συμμετείχε στην ερμηνεία της μεταβλητότητας των τιμών της BHS κατά 16.1%, η μέθοδος κατά 12.3%, η προηγούμενη απόπειρα όπως και η επακόλουθη ψυχιατρική νοσηλεία κατά 16% και τέλος, η διάγνωση -και πιο συγκεκριμένα η μείζων κατάθλιψη ( $\beta=0.45$ ) ακολουθούμενη από τη δυσθυμία ( $\beta=0.33$ )- κατά 22%.

Συμπεράσματα: Σε άτομα με πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας η ηλικία, η διάγνωση, η μέθοδος, η ύπαρξη προηγούμενης απόπειρας και η επακόλουθη ψυχιατρική νοσηλεία αποτελούν παραμέτρους που προβλέπουν αυξημένη απελπισία.

**ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

**Χ. Χριστοδούλου, Β. Ευσταθίου, Α. Δουζένης, Γ. Μπούρας, Π. Κορκολιάκου, Ε. Πορίκη, Χ. Παπαγεωργίου**

*Β' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»*

**Σκοπός εργασίας:** Η απελπισία (hopelessness) αποτελεί σημαντικό επακόλουθο σύμπτωμα της κατάθλιψης και συχνά συνυπάρχει με αυτήν. Η παρουσία της σηματοδοτεί επιβαρυντικό παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας παρουσιάζει αυξητικές τάσεις με την πάροδο της ηλικίας. Εξετάζεται η σχέση ηλικίας και απελπισίας σε άτομα με πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Εκατόν εβδομήντα άτομα (52 άντρες) συμπλήρωσαν την κλίμακα της απελπισίας του Beck (BHS), μετά από πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας. Την κλίμακα συμπλήρωσε ίδιος αριθμός ατόμων (48 άντρες) του γενικού πληθυσμού, συγκρίσιμα ως προς το φύλο και την ηλικία.

**Αποτελέσματα:** Η διάμεση ηλικία (median) των δύο ομάδων ήταν τα 27 έτη. Βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία της BHS στα άτομα με απόπειρα άνω και κάτω της διάμεσης ηλικίας (10.5 vs 7.0, Mann-Whitney  $U=2321.5$ ,  $p<0.001$ ). Αντίθετα, δεν βρέθηκε διαφορά στα άτομα του γενικού πληθυσμού (3.0 vs 3.0). Η συσχέτιση (correlation) της συνολικής βαθμολογίας της BHS με την ηλικία στα άτομα με πρόσφατη απόπειρα ήταν θετική (Spearman's  $\rho=0.35$ ,  $p<0.001$ ), ενώ στην ομάδα ελέγχου ήταν μη στατιστικώς σημαντική (Spearman's  $\rho=0.05$ , n.s.). Με διαχωριστική βαθμολογία (cut-off score)  $\geq 7$ , η BHS, επί του συνόλου παρουσιάζει ευαισθησία (sensitivity) 0.70 και εξειδίκευση (specificity) 0.83, ενώ στα άτομα με ηλικία μεγαλύτερη της διάμεσης ( $\geq 27$  έτη) η ευαισθησία και η εξειδίκευση αυξάνουν σε 0.83 και 0.85 αντίστοιχα, με βάση την ίδια διαχωριστική βαθμολογία.

**Συμπεράσματα:** Ο βαθμός της απελπισίας αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας στα άτομα με απόπειρα αυτοκτονίας και αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην αυτοκτονική συμπεριφορά αυτών, σε αντίθεση με τις νεώτερες ηλικίες όπου άλλες παράμετροι πιθανόν συμμετέχουν περισσότερο.

## AA22

### ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

#### Ό. Βελέντζα, Δ. Εξηνταβελώνη

*Νοσηλεύτριες Ψυχικής Υγείας, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο*

Σκοπός: Η κατάθλιψη προκαλεί σημαντική υποκειμενική επιβάρυνση στους ηλικιωμένους, χειροτερεύοντας την ποιότητα ζωής και την κοινωνικό-οικονομική τους κατάσταση, ενώ παράλληλα αυξάνει την θνησιμότητα και τον κίνδυνο για αυτοκτονική συμπεριφορά.

Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση της συχνότητας εμφάνισης της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία, καθώς και της εκδήλωσης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και της πρόληψής της.

Υλικό και μέθοδος: Η παρούσα εργασία είναι μια βιβλιογραφική ανασκόπηση από την Ελληνική και ξένη βιβλιογραφία.

Συμπεράσματα: Η κατάθλιψη ευθύνεται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50%, για τις αυτοκτονίες που αποπειρώνται τα ηλικιωμένα άτομα.

Βάσει των στοιχείων του Π.Ο.Υ. επισημαίνεται ότι ο επιπολασμός των πρώτων καταθλιπτικών σταδίων (απόγνωσης, επιθυμίας θανάτου, αυτοκτονικού ιδεασμού) κυμαίνεται μεταξύ, 0,7-1,2%, αλλά ανέρχεται έως 17%, ανάλογα με τις επί μέρους έρευνες.

Επίσης, τα ίδια στοιχεία αποκαλύπτουν σταθερή αύξηση του επιπολασμού των επιτυχών αυτοκτονιών με την αύξηση της ηλικίας. Επισημαίνεται πως αντιστοιχεί 1 επιτυχής αυτοκτονία στις 4 απόπειρες.

Στην χώρα μας, ο δείκτης αυτοκτονικότητας είναι 3,6/ 100.000 έναντι 11,7/ 100.000 του μέσου όρου στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με μεγαλύτερο το 21,6/ 100.000 της Φινλανδίας.

Όσον αφορά στην πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, επιβάλλεται η ευαισθητοποίηση όλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, καθώς και η δημιουργία ενός υποστηρικτικού δικτύου.



## ΦΑΣΕΙΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΖΟΓΟΥ

**Ε. Πέππας, Μ. Τσιαμούρα, Ι. Λιάππας**

*Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ», Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο - ΟΚΑΝΑ*

Ως παθολογικός τζόγος ορίζεται η έντονη ανάγκη του ατόμου να παίζει τυχερά παιχνίδια σε τέτοιο βαθμό, που να δημιουργείται πρόβλημα στον προσωπικό ή επαγγελματικό τομέα. Η εισαγωγή στον παθολογικό τζόγο ακολουθεί μία προοδευτική πορεία. Υπάρχουν διάφορα στάδια που οδηγούν στην πλήρη εξάρτηση. Η φάση της κερδοφορίας, αυτή της απώλειας, η φάση της απόγνωσης και τέλος αυτής της απελπισίας - παραίτησης.

Το πρώτο στάδιο της εξέλιξης του παθολογικού τζόγου αναφέρεται ως φάση της κερδοφορίας. Πολλάκις η «καριέρα» ενός τζογαδόρου ξεκινά από μία μεγάλη «νίκη», που οδηγεί σε ενθουσιασμό και θετική άποψη για τα τυχερά παιχνίδια. Ο παίκτης πιστεύει ότι έχει ιδιαίτερο ταλέντο στα τυχερά παιχνίδια και πως η τύχη είναι με το μέρος του. Η αποκόμιση ενός σημαντικού χρηματικού ποσού προκαλεί ευεξία, παντοδυναμία, τόνωση του εγωισμού και όλα αυτά επιφέρουν τη «ψευδαίσθηση του ελέγχου». Η θετική πεποίθηση καθορίζει την επιτρεπτική πύλη στον κόσμο του τζόγου.

Το δεύτερο στάδιο ονομάζεται φάση της απώλειας. Με την πάροδο του χρόνου οι απώλειες θα υπερτερήσουν των κερδών. Τότε ο παίκτης θα πει ψέματα στην οικογένειά του, θα εξαπατήσει και θα δανειστεί από τρίτους, θέτοντας σε κίνδυνο τις διαπροσωπικές του σχέσεις και την καριέρα του. Ωστόσο, θα συνεχίσει να παίζει ασταμάτητα και ανεξέλεκτα, πιστεύοντας ότι η τύχη του θα αλλάξει και πως σύντομα θα «ρεφάρει».

Το τρίτο στάδιο είναι η φάση της απόγνωσης. Σε αυτή την φάση ο παίκτης έχει χάσει πλέον κάθε έλεγχο της εξαρτητικής του συμπεριφοράς και δεν μπορεί να απαλλαγεί από αυτή. Χειραγωγεί τους πάντες γύρω του και κάνει ότι χρειάζεται ώστε να βρει πόρους να παίξει. Τότε παρατηρούνται συμπτώματα κατάθλιψης, ευερεθιστότητας, αυτοκτονικός ιδεασμός και απόπειρες, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό εμπλέκεται σε παραβατικές συμπεριφορές οικονομικού χαρακτήρα. Ως διέξοδο φαντάζεται την επανέναρξη της ζωής του με ένα νέο όνομα και με μια καινούργια ταυτότητα.

Το τελευταίο στάδιο περιγράφεται ως η φάση της απελπισίας - παραίτησης. Ο τζογαδόρος έχει καταλάβει πλέον ότι δεν υπάρχει επιστροφή. Η κατάσταση αυτή επιφέρει πλέον ορατά συμπτώματα στην σωματική και ψυχική του υγεία. Στη φάση αυτή ο παίκτης είτε συνεχίζει την πορεία του προς την αυτοκαταστροφή (οικονομική καταστροφή, κατάχρηση οινόπνευματος, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, απόπειρες αυτοκτονίας), είτε αναζητά βοήθεια από ειδικά προγράμματα και εισέρχεται στη θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματός του.

Λίγοι παίκτες ζητούν βοήθεια στη φάση της κερδοφορίας, ως επι το πλείστον ακολουθούν κάποιο εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα στα τελικά στάδια του τζόγου και μόνο με την παρέμβαση κάποιου σημαντικού ατόμου από το περβάλλον τους.

## AA24

### SESAME (phySicians And PatieEnts asseSsment of valdoxAn in Major depressive episodes in Everyday practice)

A. Ιακωβίδης<sup>1</sup>, Δ. Ρούκας<sup>2</sup>, Π. Φερεντίνος<sup>3</sup>

1. Γ' Ψυχιατρική Κλινική, Α.Π.Θ. Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ»

2. Στρατιωτικός Ψυχίατρος - Ψυχοθεραπευτής

3. Λέκτορας Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

Σκοπός εργασίας: Μη παρεμβατική, πολυκεντρική μελέτη, διάρκειας 6 εβδομάδων, με σκοπό την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας με αγομελατίνη από τον ιατρό και από τον ασθενή στην καθημερινή κλινική πράξη.

Υλικό και μέθοδοι: 1.143 ασθενείς εντάχθηκαν σε 2 ψυχιατρικές κλινικές και 115 ιδιωτικά ιατρεία που εκπροσωπούν όλες τις γεωγραφικές περιοχές της χώρας. Όλοι οι ασθενείς ήταν ενήλικες, πληρούσαν τα DSM-IV κριτήρια για τη διάγνωση Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (ΜΚΕ) και ακολουθούσαν αγωγή με αγομελατίνη 25mg ή 50mg. Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της αγωγής πραγματοποιήθηκε και στις 4 επισκέψεις της μελέτης, από τους ερευνητές μέσω της short version Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (svMADRS), και από τους ασθενείς μέσω των Patient Global Impression of Severity (PGI-S) και Patient Global Impression of Improvement (PGI-I, Επισκέψεις 2-4).

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν  $51,6 \pm 14,9$  έτη (65,3% ♀). Μόλις 3,7% των ασθενών δεν ολοκλήρωσαν τη μελέτη, ενώ 12 ασθενείς (1,2%) εμφάνισαν κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια λόγω της αγωγής. Σε όλες τις επισκέψεις σημειώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της svMADRS με τις συνολικές βαθμολογίες των PGI-S και PGI-I ( $p$ -value<0.001).

		PGI-S Επίσκεψη 1	PGI-S Επίσκεψη 2	PGI-S Επίσκεψη 3	PGI-S Επίσκεψη 4
<b>MADRS ΕΠΙΣΚΕΨΗ 1</b>	Pearson Correlation Coefficient	0.631			
	p-value	< 0.001			
	N	963			
<b>MADRS ΕΠΙΣΚΕΨΗ 2</b>	Pearson Correlation Coefficient		0.656		
	p-value		< 0.001		
	N		947		
<b>MADRS ΕΠΙΣΚΕΨΗ 1</b>	Pearson Correlation Coefficient			0.677	
	p-value			< 0.001	
	N			939	
<b>MADRS ΕΠΙΣΚΕΨΗ 2</b>	Pearson Correlation Coefficient				0.755
	p-value				< 0.001
	N				933

		PGI-S Επίσκεψη 2	PGI-S Επίσκεψη 3	PGI-S Επίσκεψη 4
<b>MADRS ΕΠΙΣΚΕΨΗ 2</b>	Pearson Correlation Coefficient	0.510		
	p-value	< 0.001		
	N	916		
<b>MADRS ΕΠΙΣΚΕΨΗ 3</b>	Pearson Correlation Coefficient		0.515	
	p-value		< 0.001	
	N		909	
<b>MADRS ΕΠΙΣΚΕΨΗ 4</b>	Pearson Correlation Coefficient			0.511
	p-value			< 0.001
	N			901

Συμπεράσματα: Τα δεδομένα αυτά σύμφωνα με την εκτίμηση τόσο των ιατρών όσο και των ασθενών επιβεβαιώνουν την ισχυρή αντικαταθλιπτική αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της αγωγής βασισμένης σε αγομελατίνη.

## AA25

### SESAME (phySicians And PatieEnts asseSsment of valdoxAn in Major depressive episodes in Everyday practice)

**A. Ιακωβίδης<sup>1</sup>, Δ. Ρούκας<sup>2</sup>, Π. Φερεντίνος<sup>3</sup>**

1. Γ' Ψυχιατρική Κλινική, Α.Π.Θ., Π.Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ»

2. Στρατιωτικός Ψυχίατρος - Ψυχοθεραπευτής

3. Λέκτορας Ψυχιατρικής Ε.Κ.Π.Α.

Σκοπός εργασίας: Μη παρεμβατική, πολυκεντρική μελέτη, διάρκειας 6 εβδομάδων, με σκοπό την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας με αγομελατίνη από τον ιατρό και από τον ασθενή στην καθημερινή κλινική πράξη.

Υλικό και μέθοδοι: 1.143 ασθενείς εντάχθηκαν σε 2 ψυχιατρικές κλινικές και 115 ιδιωτικά ιατρεία που εκπροσωπούν όλες τις γεωγραφικές περιοχές της χώρας. Πριν την ένταξή τους, οι επιλέξιμοι ασθενείς πληροφορήθηκαν για τη μελέτη και έδωσαν έγγραφη συγκατάθεση. Όλοι οι ασθενείς ήταν ενήλικες, πληρούσαν τα DSM-IV κριτήρια για τη διάγνωση Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (ΜΚΕ) και ακολουθούσαν αγωγή με αγομελατίνη 25mg ή 50mg. Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της αγωγής πραγματοποιήθηκε στις 4 επισκέψεις της μελέτης, από τους ερευνητές μέσω της short version Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (svMADRS), και από τους ασθενείς μέσω των Patient Global Impression of Severity (PGI-S) και Patient Global Impression of Improvement (PGI-I).

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν  $51,6 \pm 14,9$  έτη (65,3% ♀). 36,1% των ασθενών διέμεναν μόνοι, ενώ 63,9% διέμεναν με την οικογένεια ή τον σύντροφο τους. 598 (53,5%) ασθενείς ήταν εργαζόμενοι, 145 (13%) μη εργαζόμενοι και 374 (33,5%) είχαν συνταξιοδοτηθεί. Κανένα, ένα ή  $\geq 2$  προηγούμενα ΜΚΕ (μη συμπεριλαμβανομένου του παρόντος) παρουσίασαν 599 (53,4%), 269 (24%) και 254 (22,6%) ασθενείς αντίστοιχα. 25 mg αγομελατίνης λάμβανε το 92% των ασθενών κατά την ένταξη, και το 48% των ασθενών κατά τη λήξη της μελέτης. Μεταξύ και των 4 επισκέψεων παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση των βαθμολογιών των svMADRS, PGI-S και PGI-I (Repeated measures analysis of variance Hotelling's test  $p$ -value $<0.001$  / T-test  $p$ -value $<0.001$ ).

	1 <sup>η</sup> Επίσκεψη	2 <sup>η</sup> Επίσκεψη	3 <sup>η</sup> Επίσκεψη	4 <sup>η</sup> Επίσκεψη
Μέση βαθμολογία svMADRS	31.3	24.2	16.5	10.8
Μέση βαθμολογία PGI-S	4.9	4.2	3.3	2.4
Μέση βαθμολογία PGI	-	3.0	2.4	1.8

Συμπεράσματα: Τα δεδομένα αυτά επιβεβαιώνουν στην καθημερινή κλινική πράξη την αποτελεσματικότητα της αγομελατίνης, σε έναν πληθυσμό ασθενών κατά κύριο λόγο με μέτρια έως σοβαρού βαθμού καταθλιπτική διαταραχή.

**Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ****A. Τροβά<sup>1</sup>, I. Λιάππας<sup>1</sup>, E. Μέλλος<sup>1</sup>, Θ. Παπαρρηγόπουλος<sup>1</sup>***1. Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο - ΟΚΑΝΑ*

Σκοπός εργασίας: Η περιγραφή των συμπληρωματικών και εναλλακτικών μορφών θεραπειών (complementary and alternative medicine-CAM) για τις καταθλιπτικές διαταραχές.

Υλικό και μέθοδος: Βιβλιογραφική ανασκόπηση από τη βάση δεδομένων Pubmed.

Αποτελέσματα: Το βότανο του Αγίου Ιωάννη θεωρείται αποτελεσματικό για την ήπια και μέτρια κατάθλιψη, καθώς και η χρήση του κρόκου Κοζάνης, της ροδιόλας, της λεβάντας, του Echium και του banxia houpu. Μελέτες σε ζώα υποστηρίζουν την αντικαταθλιπτική δράση νέων βοτανικών προϊόντων, όπως του polygala tenuifolia, του παραδοσιακού κινέζικου βοτάνου syu-gu-jiao-nang, του gan mai da zao, καθώς και συστατικών της μαριχουάνας. Πρόσφατες προκλινικές μελέτες υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα διαφόρων φυσικών θαλάσσιων προϊόντων, ενώ άλλες τη χρήση της τρυπτοφάνης και του μεταβολίτη της 5-υδροξυτρυπτοφάνη (5-HTP), της ινοσιτόλης, της S-αδενοσυλμεθειονίνης, του φυλλικού οξέος και του σεληνίου. Το συμπλήρωμα διατροφής των ωμέγα-3 λιπαρών οξέων είναι ασφαλές και χρήσιμο σε συγκεκριμένους πληθυσμούς, όπως στις έγκυες γυναίκες, ενώ το εικοσιδιεξαενοϊκό οξύ (DHA) μπορεί να έχει αντικαταθλιπτική δράση ή να λειτουργεί ως σταθεροποιητής της διάθεσης. Επίσης, η αρωματοθεραπεία χρησιμοποιείται στη θεραπεία της κατάθλιψης μέσω της δράσης της στο μεταξινιακό σύστημα, ενώ ο βελονισμός, ο «ενσυνειδήτος» διαλογισμός και η σωματική άσκηση εφαρμόζονται ως ενισχυτικές θεραπείες. Τέλος, η φωτοθεραπεία χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της χειμερινής κατάθλιψης.

Συμπεράσματα: Συχνά οι πάσχοντες από ήπια και μέτρια κατάθλιψη επιλέγουν στρατηγικές αυτοβοήθειας και συμπληρωματικές θεραπείες, όπως η αρωματοθεραπεία και ο διαλογισμός. Αντίθετα, οι πάσχοντες από βαριά κατάθλιψη είναι πιθανότερο να αναζητήσουν συμβατική επαγγελματική βοήθεια. Απαιτούνται μεγάλης κλίμακας δοκιμές και μεθοδολογικά άριστες μελέτες σε καταθλιπτικούς ασθενείς για την επιστημονική τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας της CAM.

## ΑΑ27

### ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

**Μ. Σκώκου, Ε. Σούμπαση, Π. Χριστόπουλος, Φ. Γουρζής**

*Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα*

**Σκοπός εργασίας:** Η Πολλαπλή Σκλήρυνση (ΠΣ) είναι μια χρόνια απομυελινωτική νόσος, με την κατάθλιψη να αποτελεί τη συχνότερη από τις ψυχιατρικές εκδηλώσεις της. Ωστόσο, δεν αναγνωρίζεται, αλλά ούτε θεραπεύεται επαρκώς. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση νεότερων δεδομένων γύρω από τις σωματικές θεραπείες της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΠΣ.

**Υλικό και Μέθοδος:** Βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus σχετικών εργασιών που έχουν δημοσιευθεί από το 1990 έως σήμερα.

**Αποτελέσματα:** Δεδομένου ότι η κατάθλιψη είναι μια θεραπεύσιμη διαταραχή, με επιβαρυντική επίδραση στην πορεία της νόσου, στην τήρηση της αγωγής, στην γνωστική λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής, και με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, η αναγνώριση και η επαρκής θεραπεία της είναι εξαιρετικής σημασίας. Φάρμακα με κατασταλτικές ή αντικολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες θα πρέπει να αποφεύγονται, λόγω προβλημάτων με την ουροδόχο κύστη ή λόγω κόπωσης, γνωστικής έκπτωσης, ορθοστατικής υπότασης, αστάθειας. Μέχρι τώρα έχουν τεκμηριωθεί με διπλές τυφλές τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες η αποτελεσματικότητα της δεσιπραμίνης και της παροξετίνης έναντι του εικονικού φαρμάκου, ενώ λιγότερο ισχυρή τεκμηρίωση υπάρχει για τη σερτραλίνη, τη φλουβοξαμίνη, τη μοκλοβεμίδη, τη φλουοξετίνη. Υπάρχουν αναφορές περιστατικών για τη χρησιμότητα της ηλεκτροσπασμοθεραπείας στην ανθεκτική κατάθλιψη στην ΠΣ, αν και εκφράζονται ανησυχίες ότι αυτή μπορεί να πυροδοτήσει νευρολογική επιδείνωση.

**Συμπεράσματα:** Καθώς η συχνότητα της κατάθλιψης στην ΠΣ είναι υψηλή, ο ιατρός πρέπει να επαγρυπνεί για τον αυτοκτονικό κίνδυνο και την ανάγκη αντικαταθλιπτικής θεραπείας. Απαιτούνται σαφώς περισσότερες και καλύτερα σχεδιασμένες μελέτες για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις σε αυτόν τον πληθυσμό, ιδιαίτερα μάλιστα για ομάδες που δεν έχουν μελετηθεί παρά ελάχιστα, όπως οι παιδιατρικοί ασθενείς με ΠΣ.

## Η ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΕΝΩ ΔΕΝ ΜΕΤΑΒΑΛΛΕΙ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΤΡΟΦΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ BDNF ΣΤΟ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΑΙΜΑ ΣΕ ΠΑΣΧΟΥΣΕΣ ΑΠΟ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

**Μ. Ζόγκα<sup>1</sup>, Π. Ουλής<sup>2</sup>, Φ. Μπουφίδου<sup>1</sup>, Π. Πλιάτσικα<sup>1</sup>, Β. Μασδράκης<sup>2</sup>, Χ. Νικολάου<sup>1</sup>**

1. Εργαστήριο Βιοπαθολογίας - Ανοσολογικό Τμήμα, ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

2. Α' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της συμμετοχής του νευροτροφικού παράγοντα BDNF στην παθοφυσιολογία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και η διερεύνηση πιθανής χρήσης του ως δείκτη ανταπόκρισης στη θεραπεία.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 20 γυναίκες πάσχουσες από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και ισάριθμες υγιείς γυναίκες ανάλογης ηλικίας. Μετά από την εισαγωγή τους στην Ψυχιατρική Κλινική οι ασθενείς έλαβαν αντικαταθλιπτική αγωγή για 6 εβδομάδες και στη συνέχεια, λόγω μη ανταπόκρισης, υποβλήθηκαν συμπληρωματικά σε συνεδρίες ηλεκτροσπασμοθεραπείας. Έγινε προσδιορισμός των επιπέδων του BDNF με την ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA στο περιφερικό αίμα των υγιών μαρτύρων καθώς και των ασθενών σε δύο χρόνους: κατά την εισαγωγή και κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, η βαρύτητα της κατάθλιψης για κάθε ασθενή προσδιοριζόταν μέσω της κλίμακας κατάθλιψης του Hamilton (HDRS).

**Αποτελέσματα:** Τα επίπεδα του BDNF (pg/ml) στον ορό των ασθενών ( $17.4 \pm 5.7$ ) ήταν σημαντικά χαμηλότερα ( $p < 0.001$ ) σε σχέση με εκείνα των υγιών μαρτύρων ( $29.3 \pm 2.9$ ) τόσο κατά την εισαγωγή όσο και κατά την έξοδο από το Νοσοκομείο ( $18.3 \pm 5.5$ ,  $p < 0.001$ ). Τα επίπεδα του BDNF ανέβηκαν κατά το τέλος της θεραπείας, όχι όμως σημαντικά ( $p = 0.480$ ). Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση αυτής της ανόδου του BDNF με την παράλληλη πτώση της βαθμολογίας κατά Hamilton ( $p = 0.542$ ,  $\rho = 0.154$ ).

**Συμπέρασμα:** Τα χαμηλά επίπεδα του BDNF που βρέθηκαν στις πάσχουσες από ανθεκτική στη φαρμακευτική θεραπεία καταθλιπτική διαταραχή υποδηλώνουν ότι ο νευροτροφικός αυτός παράγοντας μπορεί να εμπλέκεται στην παθοφυσιολογία της νόσου. Ωστόσο, τα ευρήματα της εργασίας αυτής δεν συνηγορούν υπέρ της χρήσης του ως δείκτη άμεσης ανταπόκρισης στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

## AA29

### ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΦΩΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

**A. Χατζημανώλης, Β.-Ε. Φωτεινού, Ι. Ζέρβας, Γ.Ν. Παπαδημητρίου**

*Ιατρείο Ψυχικής Υγείας Γυναικών, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο*

Εισαγωγή: Η θεραπεία με έντονο φως Bright Light Therapy, (BLT)- έχει καθιερωθεί ως θεραπεία εκλογής για την Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή/ χειμερινός τύπος (Seasonal Affective Disorder/ winter type, SAD).

Κατά τις τρεις τελευταίες δεκαετίες, η χρήση της BLT έχει επεκταθεί πέρα από την SAD.

Μέθοδος: Πηγές δεδομένων: Ανασκόπηση βιβλιοθήκης MEDLINE (1989-2013)

Αποτελέσματα: Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις αποτελεσματικότητας στη μονοπολική κατάθλιψη, στη διπολική κατάθλιψη, στη περιγεννητική κατάθλιψη, στη ψυχογενή βουλιμία, στις διαταραχές του ύπνου, τόσο στην άνοια, όσο και στη ν. Parkinson. Ακόμα στον αποσυντονισμό του κερκάρδιου ρυθμού και στη κόπωση που εμφανίζουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού που υποβάλλονται σε



**ΤΟ ΑΞΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

**Μ. Βασιλειάδου, Ε. Κοντογιάννη, Γ. Χονδρομάρας, Μ. Βοϊβόντα, Μ. Μαλλιώρα, Γ.Ν. Παπαδημητρίου**

*Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο*

Εισαγωγή - Σκοπός: Το Αξιολογικό, όπως και το Γνωσιακό ψυχοθεραπευτικό μοντέλο, βασίζεται στην αρχή ότι, όχι αυτά καθ' αυτά τα γεγονότα της ζωής, αλλά ο τρόπος που ερμηνεύονται από τον άνθρωπο σχετίζονται με την ανάπτυξη διαφόρων ψυχικών διαταραχών, μεταξύ των οποίων και η κατάθλιψη.

Σύμφωνα με το Αξιολογικό μοντέλο, στην περίπτωση της κατάθλιψης η αξιολόγηση των γεγονότων της ζωής, μέσω των ανωτέρων εγκεφαλικών λειτουργιών, σχετίζεται με συγκεκριμένες δυσλειτουργικές προ-αξιολογικές και μετα-αξιολογικές νοπτικές κατασκευές, και μπορεί να τροποποιηθεί μέσω της εκπαίδευσης.

Η εργασία αυτή στοχεύει στην παρουσίαση του αξιολογικού προφίλ της κατάθλιψης, βάσει των τριών κατηγοριών δυσλειτουργικών αξιολογικών νοπτικών κατασκευών, οι οποίες έχουν ανιχνευθεί σε ασθενείς με κατάθλιψη με τη χορήγηση του Dysfunctional Preconceptions Questionnaire (DPQ).

Υλικό και Μέθοδος: Οι τρεις κατηγορίες δυσλειτουργικών αξιολογικών νοπτικών κατασκευών (pre-conceptions, conceptions, meta-conceptions), οι οποίες αφορούν στην αξιολόγηση του «εαυτού», του «κόσμου» και του «μέλλοντος» (κατ' αντιστοιχία της αρνητικής γνωσιακής τριάδας "self, world, future"), θα παρουσιασθούν αρχικά στην εργασία αυτή. Αντίστοιχα, θα συζητηθούν συγκεκριμένες δεξιότητες, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη λειτουργικότερων αξιολογικών νοπτικών κατασκευών.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Το αξιολογικό προφίλ της κατάθλιψης αφορά δυσλειτουργικές αξιολογικές νοπτικές κατασκευές, οι οποίες σχετίζονται με κάποιο βαθμό ανεπάρκειας των ομοιοστατικών ψυχοπροστατευτικών μηχανισμών, οι οποίοι φυσιολογικά συμβάλλουν στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας (resilience) έναντι δυνητικά ψυχοτραυματικών γεγονότων.

Η εκπαίδευση ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, με στόχο την ενίσχυση λειτουργικότερων τρόπων αξιολόγησης της πραγματικότητας σε ασθενείς με κατάθλιψη, μέσω της χρήσης των αξόνων του DPQ, έχει αρχίσει να εφαρμόζεται με ενθαρρυντικά αποτελέσματα, και δεν απαιτεί προηγούμενη εκπαίδευση σε κάποια ψυχοθεραπευτική μέθοδο.

## AA31

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

**Μ. Οικονόμου<sup>1,2</sup>, Χ. Θελερίτς<sup>1</sup>, Αλ. Πάλλη<sup>2</sup>, Ευγ. Τριανταφύλλου<sup>1</sup>, Γ.Ν. Παπαδημητρίου<sup>1</sup>**

1. Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

2. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

Ο ακρογωνιαίος λίθος στη θεραπεία της Διπολικής Διαταραχής (ΔΔ) είναι η φαρμακευτική αγωγή με τα σταθεροποιητικά φάρμακα να καταλαμβάνουν προέχουσα θέση. Στις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις έχει διαπιστωθεί ότι σημαντικό ρόλο παίζουν οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις που απευθύνονται τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του.

Στην παρούσα ανακοίνωση θα παρουσιαστεί ένα μοντέλο ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης που απευθύνεται σε ασθενείς με ΔΔ ή Διαταραχή του επονομαζόμενου «διπολικού φάσματος» που λόγω των ειδικών του χαρακτηριστικών και της ευελιξίας στην εφαρμογή του μπορεί να υλοποιηθεί με επιτυχία σε πληθώρα ψυχιατρικών πλαισίων (ψυχιατρικά νοσοκομεία, νοσοκομεία ημέρας, κέντρα ψυχικής υγιεινής, κέντρα ημέρας, μονάδες αποκατάστασης).

Το ομαδικό πρόγραμμα με τίτλο: «Βραχεία Ψυχοεκπαιδευτική Παρέμβαση στη Διπολική Διαταραχή» επαναλαμβάνεται σε κύκλους και περιλαμβάνει 6 συνεδρίες με συγκεκριμένη θεματολογία σε κάθε μία: 1<sup>η</sup> Ενότητα: Βασικές έννοιες για τη ΔΔ, 2<sup>η</sup> Ενότητα: Συμπτώματα ΔΔ, 3<sup>η</sup> Ενότητα: Πορεία ΔΔ, 4<sup>η</sup> Ενότητα: Θεραπεία ΔΔ, 5<sup>η</sup> Ενότητα: Αίτια ΔΔ και 6<sup>η</sup> Ενότητα: Πρόδρομα προειδοποιητικά συμπτώματα και διατήρηση της υγείας σε ασθενείς με ΔΔ. Οι ομαδικές συναντήσεις διαρκούν περίπου 60-90 λεπτά, πραγματοποιούνται μία φορά την εβδομάδα στο πλαίσιο μιας ανοικτής ομάδας στην οποία μπορούν να προσέλθουν νέα μέλη σε όλες τις φάσεις. Τον συντονισμό των ομαδικών συνεδριών μπορούν να αναλάβουν διάφοροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σε μερικά όμως επιμέρους σημεία είναι απαραίτητη η παρουσία ψυχιάτρου.

Η πιλοτική εφαρμογή του μοντέλου στο πλαίσιο του Κέντρου Επαγγελματικής Προεργασίας και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του Αιγινήτειου Νοσοκομείου έδειξε ότι έχει ιδιαίτερη αξία στην κλινική πράξη κυρίως χάρις στην απλή και ευέλικτη μορφή του, στη βραχεία διάρκειά του, την οργανωμένη και περιγραφική δομή του.

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ: ΕΠΙΠΕΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΥΣΦΟΡΙΑΣ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ ΛΥΚΕΙΟΥ****Μ. Οικονόμου<sup>1,2</sup>, Λ. Πέππου<sup>2</sup>, Α. Πατελάκης<sup>2</sup>, Ε. Γιαννακοπούλου<sup>3</sup>, Κ.Ν. Στεφανής<sup>2</sup>***1. Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών - «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο.**2. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.)**3. Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο*

Εισαγωγή: Η οικονομική κρίση έχει βρεθεί να επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού, αλλά και σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες όπως είναι οι έφηβοι. Σε αυτό το πλαίσιο το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής μελέτησε τα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας σε μαθητές Λυκείου, καθώς και οικογενειακές, ατομικές και οικονομικές μεταβλητές που πιθανώς σχετίζονται με αυτά.

Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 235 μαθητές, ύστερα από τυχαία δειγματοληψία δημόσιων σχολείων της Αττικής. Δόθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο ενσωμάτωνε τις εξής κλίμακες: (1) Κλίμακα Γενικής Υγείας – 12 (GHQ-12) για την αποτύπωση του βαθμού ψυχικής δυσφορίας, (2) Κλίμακα Οικογενειακών Συνθηκών για την καταγραφή του βαθμού οικογενειακής συνοχής και (3) Κλίμακα Ψυχολογικών Δεξιοτήτων και περιελάμβανε ερωτήσεις αναφορικά με το κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο της οικογένειας, αλλά και με τις αλλαγές που επέφερε η οικονομική κρίση στην καθημερινότητά τους.

Αποτελέσματα: Σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας βρέθηκαν να έχουν οι μαθητές που χαρακτηρίζουν την οικονομική κατάσταση της οικογένειάς τους ως «κακή/πολύ κακή» και εκείνοι που ο πατέρας τους δεν εργάζεται. Από τις αναλύσεις γραμμικής συσχέτισης προέκυψε πως η οικογενειακή συνοχή συνδέεται αρνητικά με την ψυχική δυσφορία, ενώ στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις φέρουν και αρκετές από τις ψυχολογικές δεξιότητες.

Συμπέρασμα: Η ψυχική υγεία των μαθητών Λυκείου δεν παρουσιάζεται ανεπηρέαστη από την οικονομική κρίση. Παρεμβάσεις στην οικογένεια και στους ίδιους τους μαθητές θα μπορούσαν να αποτελέσουν μέρος προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής ψυχικής υγείας.

**ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΕ ΑΝΕΡΓΟΥΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ**

**Μ. Οικονόμου<sup>1,2</sup>, Λ. Πέππου<sup>2</sup>, Κ. Σουλιώτης<sup>3</sup>, Α. Πατελάκης<sup>2</sup>, Τ. Αλεξίου<sup>2</sup>, Ο. Τσουκαλά<sup>4</sup>, Β. Εφτεχάρ-Ταμπρίζι<sup>4</sup>, Κ. Στεφανής<sup>2</sup>**

1. Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών - «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

2. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.)

3. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

4. Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Εισαγωγή: Είναι βιβλιογραφικά τεκμηριωμένο ότι η ανεργία αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες εμφάνισης διαταραχών του καταθλιπτικού φάσματος, χωρίς όμως να είναι γνωστό ποιοί μηχανισμοί μεσολαβούν στη συσχέτιση αυτή. Σε αυτό το πλαίσιο το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής διενήργησε πιλοτική μελέτη με στόχο την αποτύπωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ομάδας ανέργων στην περιοχή της Αττικής και τη διερεύνηση της σχέσης με κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές.

Μέθοδος: Σε δείγμα 150 ατόμων, που στρατολογήθηκαν με μη τυχαίο τρόπο από παραρτήματα του ΟΑΕΔ σε διαφορετικές περιοχές της Αθήνας, πραγματοποιήθηκαν δομημένες προσωπικές συνεντεύξεις. Για την ανίχνευση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα CES-D, ενώ για την εκτίμηση των κοινωνικο-οικονομικών στοιχείων ενσωματώθηκαν η κλίμακα Προσωπικής Οικονομικής Δυσχέρειας, η κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης του Όσλο και οι ερωτήσεις από την Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα που αποτυπώνουν την κοινωνική δικτύωση. Επιπλέον, συλλέχθηκαν πληροφορίες αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, καθώς και στοιχεία σχετικά με τη διάρκεια και τους λόγους ανεργίας.

Αποτελέσματα: Συνολικά, το 74,2% του δείγματος βρέθηκε να παρουσιάζει κλινικά σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι λόγοι και η διάρκεια ανεργίας δεν βρέθηκαν να επιφέρουν στατιστικά σημαντική επίδραση στη βαθμολογία της κατάθλιψης. Αντίθετα, ο βαθμός οικονομικής δυσχέρειας εμφάνισε θετική γραμμική συσχέτιση με τη βαθμολογία στην κλίμακα CES-D, ενώ ο βαθμός κοινωνικής υποστήριξης και η κοινωνική δικτύωση αρνητική.

Συμπεράσματα: Η καταθλιπτική συμπτωματολογία του άνεργου πληθυσμού, καθώς και οι επιβαρυντικοί και προστατευτικοί παράγοντες που αναδύονται υπογραμμίζουν την ανάγκη επέκτασης της μελέτης σε τυχαίο και αντιπροσωπευτικό δείγμα για να διερευνηθούν σε βάθος τα συγκεκριμένα ερωτήματα με τελικό σκοπό να κατευθύνουν το σχεδιασμό αντίστοιχων παρεμβάσεων.

A G A G T C T T C C T C A C T  
 T C T C A G A A G G A G T G A  
 T T C C T C A C T A G A G T C  
 A A G G A G T G A T C T C A G  
 T C C T C A C T A G A G T C T  
 A G G A G T G A T C T C A G A  
 A G A G T C T T C C T C A C T  
 T C T C A G A A G G A G T G A

Επειδή όλοι οι άνθρωποι  
**δεν είμαστε ίδιοι...**

**zoloctrin<sup>®</sup>** Sertraline    **Seror<sup>®</sup>** Clonazepam    **Topiref<sup>®</sup>** Topiramate    **Quepin<sup>®</sup>** Quetiapine    **Pentin<sup>®</sup>** Galantamine  
**Rispefar<sup>®</sup>** Risperidone    **Plavidosa<sup>®</sup>** clopidogrel    **EfaxinXR<sup>®</sup>** venlafaxine    **Mirtamor<sup>®</sup>** mirtazapine  
**Miraparkin<sup>®</sup>** pramipexole    **Olanzalet<sup>®</sup>OD** olanzapine    **Aripezil<sup>®</sup>** Donepezil

Βασίλειο να γίνει το φάρμακο το  
 σωστό και  
 σωστός  
 • ΔΑΕ ή συνδυασμός ενέσεων και  
 • ΔΑΕ το φάρμακο  
 Συμπληρώστε στη «ΒΙΤΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

**SAVE the BRAIN**



## Ευρετήριο Προέδρων και Ομιλητών

### **Antonarakis E. Stylianos**

Professor and Chairman, Department of Genetic Medicine and Development, University of Geneva Medical School, and University Hospitals of Geneva, Director, iGE3 Institute of Genetics and Genomics of Geneva

### **Αγγελόπουλος Ηλίας**

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

### **Αλεβιζόπουλος Γεώργιος**

Καθηγητής Ψυχιατρικής και Ψυχοφαρμακολογίας, Διευθυντής Πανεπιστημιακού Ψυχιατρικού Τμήματος, Νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι»

### **Βαϊδάκης Νικόλαος**

τ. Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

### **Βγόντζας Αλέξανδρος**

Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης

### **Γκιουζέπας Ιωάννης**

Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής Α.Π.Θ., Πρόεδρος Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Ε.Ψ.Ε.)

### **Γουρζής Φίλιππος**

Αναπληρωτής Καθηγητής, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

### **Γουρνέλλης Ρωσσέτος**

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

### **Δάλλα Χριστίνα**

Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχοφαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

### **Δικαίος Δημήτρης**

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

### **Δουζένης Αθανάσιος**

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατροδικαστικής ΕΚΠΑ, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

### **Ζέρβας Ιωάννης**

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

### **Κόκρας Νικόλαος**

Διδάκτωρ Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

### **Κονταξάκης Βασίλειος**

Καθηγητής Κλινικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

### **Κουζούπης Αναστάσιος**

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

### **Λιάππας Ιωάννης**

Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

### **Μαδιανός Μιχαήλ**

Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

### **Μαϊλλης Αντώνιος**

Νευρολόγος - Ψυχίατρος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (ΕΠΙΠΨΥ)

### **Μαλλιώρη Μινέρβα - Μελπομένη**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ, Πρόεδρος Οργανισμού κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.)

### **Μαυρέας Βενετσάνος**

Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

### **Μουσσάς Γεώργιος**

Επίκουρος Καθηγητής, Διευθυντής Ψυχιατρικού Τομέα Νοσοκομείου «Σωτηρία»

### **Νικολάου Χρυσούλα**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Βιοπαθολογίας Νευρονασολογίας ΕΚΠΑ, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, «Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

### **Οικονόμου Μαρίνα**

Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ,  
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, «Αιγινήτειο»  
Νοσοκομείο, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό  
Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (ΕΠΙΠΨΥ)

### **Παναγιωτακοπούλου Μαρία**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια  
Νευροβιολογίας ΕΚΠΑ,  
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική

### **Παπαγεωργίου Γεώργιος**

Διευθυντής ΕΣΥ, Ψυχιατρικός Τομέας,  
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός»

### **Παπαγεωργίου Χαράλαμπος**

Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ,  
Διευθυντής Β΄ Ψυχιατρικής Κλινικής,  
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο  
«Αττικόν»

### **Παπαδημητρίου Ν. Γεώργιος**

Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ,  
Διευθυντής Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ,  
«Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

### **Παπαδοπούλου - Νταϊφώπη Ζωή**

Ομότιμη Καθηγήτρια Φαρμακολογίας,  
Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

### **Παπακώστας Ιωάννης**

τ. Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής,  
ΕΚΠΑ

### **Παπαρρηγόπουλος Θωμάς**

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής  
ΕΚΠΑ, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική,  
«Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

### **Παππά Δήμητρα**

Ψυχίατρος, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική,  
«Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

### **Πλουμπίδης Δημήτριος**

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής  
ΕΚΠΑ, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική,  
«Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

### **Πολίτης Αντώνιος**

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ,  
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική,  
«Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

### **Ραμπαβίλας Ανδρέας**

Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

### **Σπαράς Νικόλαος**

Καθηγητής Κλινικής Φαρμακολογίας  
Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

### **Σμυρνής Νικόλαος**

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ,  
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική,  
«Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

### **Σολδάτος Κωνσταντίνος**

Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

### **Σουλιώτης Κυριάκος**

Επίκουρος Καθηγητής Πολιτικής Υγείας,  
Σχολή Κοινωνικών Επιστημών  
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου,  
Επιστημονικός Συνεργάτης Κέντρου  
Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρική  
Σχολή, ΕΚΠΑ

### **Στεφανής Νικόλαος**

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής  
ΕΚΠΑ, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, «Αιγινήτειο»  
Νοσοκομείο, Clinical Associate Professor,  
Department of Psychiatry and Clinical  
Neurosciences, University of Western  
Australia

### **Τουλούμης Χαράλαμπος**

Ψυχίατρος, Συντονιστής Διευθυντής,  
5<sup>ο</sup> ΨΤΕ, Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής

### **Τσάλτα Ελευθερία**

Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχολογίας ΕΚΠΑ,  
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική,  
«Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

### **Φωκάς Κωνσταντίνος**

Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής  
Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ.

### **Χατζημανώλης Ιωάννης**

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής  
ΕΚΠΑ, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική,  
«Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

### **Χριστοδούλου Χρήστος**

Επίκουρος Καθηγητής, Β΄ Ψυχιατρική  
Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό  
Νοσοκομείο «Αττικόν»

### **Χρούσος Γεώργιος**

Καθηγητής Παιδιατρικής ΕΚΠΑ,  
Διευθυντής Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής ,  
Νοσοκομείο παιδών «Η Αγία Σοφία»

### **Ψάρρος Κωνσταντίνος**

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ,  
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική,  
«Αιγινήτειο» Νοσοκομείο

# Ευρετήριο Περιλήψεων

## A

Αλεξίου Τ. ....	44
Αναγνωστόπουλος Δ. ....	18

## B

Βασιλειάδου Μ. ....	41
Βασταρούχας Α. ....	10
Βελέντζα Ό. ....	32
Βοϊβόντα Μ. ....	41

## Γ

Γιαννακοπούλου Ε. ....	43
Γκερέκου Μ. ....	30
Γουρζής Φ. ....	18,22,38

## Δ

Δάλλα Χ. ....	21
Δερμάτης Γ. ....	25
Δουζένης Α. ....	12,14,30,31
Δούμος Ι. ....	16,17

## E

Εξηνταβελώνη Δ. ....	32
Ευμολπίδη Α. ....	10,
Ευσταθίου Β. ....	12,30,31
Εφτεχάρ-Ταμπρίζ Β. ....	44

## Z

Ζέρβας Ι. ....	23,24,40
Ζόγκα Μ. ....	13,39

## H

Ηλίας Ι. ....	19
---------------	----

## Θ

Θελερίτης Χ. ....	42
-------------------	----

## I

Ιακωβίδης Α. ....	34,36
-------------------	-------

## K

Καλογεράκης Ζ. ....	18
Καλούδη Ε. ....	14
Κοντογιάννη Ε. ....	41
Καραϊσκος Δ. ....	19
Καρκανιάς Α. ....	10
Κασωτάκη Φ. ....	28
Καταβελάκος Π. ....	11
Καφετζόπουλος Β. ....	21
Κόκρας Ν. ....	21,29
Κόλλιας Κ. ....	16,17
Κορκολιάκου Π. ....	14,30,31
Κουζούπης Α. ....	29
Κουρής Α. ....	14
Κωστοπαναγιώτου Γ. ....	15

## Λ

Λαζαράτου Ε. ....	28
Λακιώτης Γ. ....	18
Λέκκα Δ. ....	10
Λιάππας Ι. ....	19,26,33,37
Λύκουρας Λ. ....	14
Λυράκος Γ. ....	11,15

## M

Μαδιανός Μ. ....	27
Μακρυλλού Η. ....	16,17
Μαλλιώρα Μ. ....	25,40
Μασδράκης Β. ....	13,39
Μαυρίδης Θ. ....	21
Μέλλος Ε. ....	26,37
Μουσσάς. Γ. Ι. ....	10, 25
Μπατιστάκη Χ. ....	15
Μπούρας Γ. ....	12,30,31
Μπούσμπουλας Σ. ....	15,
Μπουφίδου Φ. ....	13,39
Μπράτης Δ. ....	25

## N

Νικολάου Χ. ....	13,39
------------------	-------



### Ξ

### Ο

Οικονόμου Ε. ....	19
Οικονόμου Μ. ....	42,43,44
Ουλής Π. ....	13,16,17,39

### Π

Πάλλη Αλ. ....	42
Πάνας Μ. ....	16
Παντελεάκης Δ. ....	26
Παπαγεωργίου Χ. ....	12,14,30,31
Παπαδημητρίου Γ.Ν. ....	23,24,27, 29, 40,41,42
Παπαδοπούλου-Νταϊφώτη Ζ. ...	21
Παπαζαφειροπούλου Α. ....	15
Παπαρηγόπουλος Θ. ....	19,23,26,37
Παπασάβα Δ. ....	21
Παππός Σ. ....	15
Παπλός, Κ. ....	10
Παστρωμάς Ν. ....	21
Πατελάκης Α. ....	43,44
Παχή Α. ....	10,25
Πέππας Ε. ....	26,33
Πέππου Α. ....	43
Πέππου Λ. ....	44
Πλιάτσικα Π. ....	13,39
Πομίνι Β. ....	26
Πορίχη Ε. ....	14,31
Πόταγας Κ. ....	17

### Ρ

Ραλλίδης Λ. ....	12,
Ρούκας Δ. ....	34,36

### Σ

Σαντά Ζ. ....	25
Σκώκου Μ. ....	18,22,38
Σουλιώτης Κ. ....	44
Σούμπαση Ε. ....	38

Σπινάρης Β. ....	11,15
Σπυρόπουλος Ι. ....	11
Σπυροπούλου Α. ....	23
Σταυριανέας Ν. ....	14
Στεφανάκης Γ. ....	17
Στεφανής Κ.Ν. ....	43,44

### Τ

Τζαβέλλας Η. ....	19
Τζάννε Π. ....	11,
Τζουβέκα Ε. ....	21
Τριανταφύλλου Ευγ. ....	42
Τροβά Α. ....	37
Τσελεμπής Α. ....	25
Τσιαμούρα Μ. ....	16,33
Τσουκαλά Ο. ....	44
Τσούτσα Α. ....	25

### Υ

Υποφάντη Μ. ....	11
------------------	----

### Φ

Φανουράκη Ε. ....	25
Φερεντίνος Π. ....	34,36
Φωτεινού Β.- Ε. ....	23,24,40

### Χ

Χασάπης Α. ....	11
Χατζηαγγελάκη Ε. ....	15
Χατζημανώλης Α. ....	24,40
Χονδράκη Π. ....	27
Χονδρομάρας Γ. ....	41
Χριστοδούλου Χ. ....	11,14,30,31
Χριστόπουλος Π. ....	22,38

### Ψ

Ψάρρος Κ. ....	16
----------------	----

### Ω

# Γενικές Πληροφορίες

## Τόπος:

Το 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο του Κολλεγίου Εκπαίδευσης, Έρευνας, Πρόληψης & Θεραπείας Ψυχιατρικών Διαταραχών «**Συναισθηματικές Διαταραχές**» θα πραγματοποιηθεί **11-13 Οκτωβρίου 2013**, στο ξενοδοχείο **Divani Caravel**, στην Αθήνα.

## Γλώσσα Συνεδρίου:

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου θα είναι η Ελληνική.

## Έκθεση:

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου, Εταιρείες Φαρμακευτικές, Ιατρικών Οργάνων και Συσκευών θα εκθέσουν τα προϊόντα τους.

## Κόστος Εγγραφής:

Ειδικευμένοι Ιατροί	100 €
Ειδικευόμενοι Ιατροί	50 €
Μεταπτυχιακοί σπουδαστές	50 €
Νοσηλευτές / Λοιπά επαγγέλματα υγείας	ΔΩΡΕΑΝ
Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου
- Παραλαβή του έντυπου υλικού
- Παραλαβή του Πιστοποιητικού Παρακολούθησης με μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD)
- Διαλείμματα καφέ

Οι συμμετέχοντες είναι υποχρεωμένοι να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο που θα επιβεβαιώνει την ιδιότητά τους.

## Οργάνωση - Γραμματεία



Μαραθωνομάχων 26, 151 24 Μαρούσι  
Τηλ.: 210 6827405, 210 6839690 - 1, Κιν.: 693 7270987 Fax: 210 6827409  
E-mail: dpanakoulia@tmg.gr, Web-site: www.tmg.gr

# Blooonis<sup>®</sup>

## lanzapine

GR.01.A.13.10.01

Γιατί η ουσία είναι στην υπογραφή.

SANOFI



Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Π.Χ.Π.  
που βρίσκεται στο site της εταιρείας [www.sanofi.gr](http://www.sanofi.gr)

ΓΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΕΥΘΥΝΘΕΙΤΕ  
ΣΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΗΣ SANOFI.

Sanofi-aventis Α.Ε.Β.Ε. Λεωφ. Συγγρού 348, Κίπριο Α', 176 74 Καλλιθέα.  
Τηλ: 210 9001600, Fax: 210 9249088  
[www.sanofi.gr](http://www.sanofi.gr)

ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ

ενέσιμο ενέσιμο  
παρατεταμένη αποδέσμευση



**ΧΕΡΛΙΟΝ®**  
παλμωτική παλιπεριδόνη

**Αλλάζοντας  
το μέλλον...**



**ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:** ΧΕΡΛΙΟΝ 75 mg ενέσιμο ενέσιμο παρατεταμένης αποδέσμευσης, ΧΕΡΛΙΟΝ 100 mg ενέσιμο ενέσιμο παρατεταμένης αποδέσμευσης, ΧΕΡΛΙΟΝ 150 mg ενέσιμο ενέσιμο παρατεταμένης αποδέσμευσης. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΙΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε προγεμισμένη σύριγγα περιέχει 117 mg παλμωτικής παλιπεριδόνης που ισοδυναμεί με 75 mg παλιπεριδόνης. Κάθε προγεμισμένη σύριγγα περιέχει 156 mg παλμωτικής παλιπεριδόνης που ισοδυναμεί με 100 mg παλιπεριδόνης. Κάθε προγεμισμένη σύριγγα περιέχει 234 mg παλμωτικής παλιπεριδόνης που ισοδυναμεί με 150 mg παλιπεριδόνης. **ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Ενέσιμο ενέσιμο παρατεταμένης αποδέσμευσης. Το ενέσιμο είναι λευκό έως υπόλευκο. Το ενέσιμο έχει ουδέτερο pH (περίπου 7,0). **ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Βέλγιο. **ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** ΕΛ/1/11/672/003, ΕΛ/1/11/672/004, ΕΛ/1/11/672/005. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ**

**ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 3 Σεπτεμβρίου 2013. Λεπτομερής πληροφοριακά στοιχεία για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμα στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>. **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:** Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

**ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ / ΤΙΜΗ**

Περιεκτικότητα	Μέγεθος συσκευασίας	Νοσοκομειακή Τιμή	Λιανική Τιμή
75 MG/PP, SYR	BTx1PP.SYRx75MG+2BEADONEΣ	231,38€	315,07€
100 MG/PP, SYR	BTx1PP.SYRx100MG+2BEADONEΣ	290,41€	387,45€
150 MG/PP, SYR	BTx1PP.SYRx150MG+2BEADONEΣ	393,84€	514,06€

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

Λεωφόρος Ερμού 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 COMPANY  
in partnership with