

10^ο Ψυχοφαρμακολογικό Συνέδριο

της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας



Ελληνική
Ψυχιατρική Εταιρεία
Κλάδος Κλινικής
Ψυχοφαρμακολογίας

1-3

Δεκεμβρίου

2023

ΑΘΗΝΑ



www.psychopharmacologycongress.gr

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210 7214184, Fax: 210 7242032,
E-mail: psych@psych.gr, Website: www.psych.gr

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ



Ασκληπείου 17, 106 80 Αθήνα
Τηλ.: 210 3634944, Fax: 210 3631690,
E-mail: info@era.gr, Website: www.era.gr

Βιβλίο Περιλήψεων

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

| | |
|-----------------|---|
| Πρόεδρος | Βασίλειος-Παντελεήμων Μποζίκας |
| Αντιπρόεδρος | Κωνσταντίνος Φουντουλάκης |
| Γεν. Γραμματέας | Δόμνα Τσακλακίδου |
| Ταμίας | Λίλλιαν Μαρκάκη |
| Σύμβουλοι | Χαράλαμπος Τουλούμης Νικόλαος Γκούβας Ηλίας Τζαβέλλας |

ΚΛΑΔΟΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ

| | |
|------------|--|
| Πρόεδρος | Χαράλαμπος Τουλούμης |
| Γραμματείς | Χρήστος Τσόπελας Νίκος Χριστοδούλου |

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ**





Περίληψεις
Διαλέξεων

10^ο Ψυχοφαρμακολογικό Συνέδριο

ΔΙΑΛΕΞΗ 4

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Γεώργιος Π. Παρινός

Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Φαρμακευτικής, Εργαστήριο Φαρμακογονιδιωματικής και Εξατομικευμένης Θεραπείας, Πάτρα

Επισκέπτης Καθηγητής, United Arab Emirates University, College of Medicine and Health Sciences, Department of Genetics and Genomics, Al-Ain, Αμπου Ντάμπι, Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα

Η Φαρμακογονιδιωματική (PGx) είναι ένα πολλά υποσχόμενο πεδίο με προοπτική να φέρει επανάσταση στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη. Αν και υπάρχουν αρκετές προοπτικές κλινικές μελέτες στην ογκολογία και την καρδιολογία, που καταδεικνύουν τον ρόλο της γενετικά καθοδηγούμενης συνταγογράφησης στη μείωση των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου, υπάρχουν πολύ λίγες τέτοιες μελέτες στην ψυχιατρική, καμία από τις οποίες δεν καλύπτει όλες τις κύριες ψυχιατρικές ενδείξεις, συγκεκριμένα τη σχιζοφρένεια, μείζονα κατάθλιψη και διπολική διαταραχή.

Στη συγκεκριμένη ομιλία θα αναφέρουμε τα κυριότερα αποτελέσματα από μια πολυκεντρική, μεγάλης κλίμακας, προοπτική μελέτη προληπτικής φαρμακογονιδιωματικής (PREemptive Pharmacogenomic testing for preventing Adverse drug Reactions, PREPARE) σε μια μεγάλη ομάδα ψυχιατρικών ασθενών (n=1067) που πάσχουν από σχιζοφρένεια, μείζονα κατάθλιψη και διπολική διαταραχή.

Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι οι ασθενείς στο σκέλος μελέτης παρουσιάζουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε σύγκριση με ασθενείς που ανήκουν στο σκέλος ελέγχου, λιγότερες νοσηλείες, λιγότερες εισαγωγές, μικρότερη διάρκεια των νοσηλείων και μικρότερη διάρκεια νοσηλείας κατά την επανεισαγωγή. Επίσης, στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, χορηγήθηκε λιγότερη δόση φαρμάκου ανά φάρμακο και λιγότερη πολυφαρμακία και μικρότερο μέσο αριθμό συγχορηγούμενων ψυχιατρικών φαρμάκων ενώ ο αριθμός θανάτων ήταν πολύ μικρότερος. Επιπλέον, παρατηρήθηκε δραστική μείωση του κόστους θεραπείας στο σκέλος μελέτης με αμοιβαία ελαφρά αύξηση της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη.

Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η γενετικά καθοδηγούμενη συνταγογράφηση έχει ευεργετική επίδραση σε ψυχιατρικούς ασθενείς με αμοιβαία μείωση του κόστους θεραπείας, παρέχοντας τα απαραίτητα στοιχεία για την ενσωμάτωση της καθοδηγούμενης από το γονιδίωμα ψυχιατρικής θεραπείας στην υγειονομική περίθαλψη.


ΔΙΑΛΕΞΗ 7

RENAMING THINGS - ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΝΑΓΚΕΣ ΜΕΤΟΝΟΜΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ;

Ορέστης Γιωτάκος

Ψυχίατρος, Πρόεδρος ΑΜΚΕ 'Όμηρέλλα', Editor: 'Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health',
Director: 'I Care for my Brain'

Μέχρι στιγμής, τόσο η ακριβής διάγνωση όσο και η ξεκάθαρη και αποτελεσματική θεραπεία των ψυχικών διαταραχών εξακολουθούν να αποτελούν έναν ανεκπλήρωτο στόχο. Μετά από τόση έρευνα στον τομέα της νευροεπιστήμης, φαίνεται να μην απαιτείται τελικά ακριβής διάγνωση ώστε να έχουμε την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση. Βλέπουμε ότι τα «αντικαταθλιπτικά» δεν χορηγούνται μόνο για την «κατάθλιψη», αλλά και τα «αντιψυχωτικά» δεν χορηγούνται μόνο για την «ψύχωση». Η κουετιαπίνη είναι ίσως το καλύτερο παράδειγμα, που δείχνει το μέγεθος της σύγχυσης ή διάστασης ανάμεσα στις φαρμακολογικές ενδείξεις και τη συνταγογράφηση στην κλινική πράξη των ψυχιάτρων. Ονομάζουμε την κουετιαπίνη «αντιψυχωτικό» αλλά στην κλινική πράξη έχει πολλές ακόμη δράσεις, αντίστοιχα ίσως με τους μεταβολίτες της. Στις περισσότερες χώρες η κουετιαπίνη έχει έγκριση για σχιζοφρένεια, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, μανία και διπολική κατάθλιψη, αλλά είναι αποτελεσματική και σε αρκετές άλλες καταστάσεις, όπως η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή. Επομένως, οι ανάγκες μετονομασίας στο χώρο της ψυχιατρικής είναι υπαρκτές και αναγκαίες. Στους περισσότερους τομείς της ιατρικής η συνταγογράφηση σχετίζεται στενά με την αποδιδόμενη διάγνωση, αφού τα φάρμακα έχουν έναν τρόπο δράσης που μπορεί να γίνει κατανοητός, σε αντιστοιχία με την παθολογική κατάσταση για την οποία δίδονται. Έτσι, τα αντιβιοτικά δίδονται για τις λοιμώξεις ή τα αντιυπερτασικά για να μειώσουν την καρδιακή εξώθηση ή την αντίσταση των αγγείων και σπάνια παρατηρείται off-label συνταγογράφηση. Στην ψυχιατρική όμως τα πράγματα είναι διαφορετικά. Η βιολογική βάση των περισσότερων ψυχικών διαταραχών είναι ελάχιστα γνωστή και κατανοητή, τα διαγνωστικά κριτήρια τείνουν να αλληιάζουν και οι διαγνωστικές οντότητες εμφανίζονται ή απαλείφονται με σχετική ευκολία. Έτσι, οι ψυχίατροι εργάζονται κινούμενοι ως ισορροπιστές, ανάμεσα στις απαιτήσεις των ασθενών, τις κατά καιρούς κατευθυντήριες οδηγίες, τις βασισμένες σε ενδείξεις έρευνες, τις μετα-αναλύσεις και τις καθημερινές κλινικές παρατηρήσεις και απαιτήσεις. Ένα παράδειγμα αντιμετώπισης των δυσκολιών αυτών αποτελεί η *Ονοματοδοσία* που βασίζεται στη *Νευροεπιστήμη* (Neuroscience based Nomenclature), η οποία λαμβάνει υπόψη περισσότερο τις φαρμακολογικές και κλινικές παρατηρήσεις και λιγότερο τις αρχικές φαρμακολογικές ενδείξεις. Η προσπάθεια αυτή γίνεται με σκοπό να μειωθεί η σύγχυση σχετικά με τις ενδείξεις των ψυχιατρικών φαρμάκων και οργανώνεται από το ECNP, με την υποστήριξη των ACNP, CINP, AsCNP και IUPHARM.



**Περιλήψεις
Στρογγυλών
Τραπεζιών**

10^ο Ψυχοφαρμακολογικό Συνέδριο

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ 1

Το παρόν και το μέλλον της ψυχοφαρμακολογίας

ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ

Taulant Jupe¹, Αικατερίνη Ρούμπου¹, Ιωάννης Σαρής¹

Ειδικευόμενος/η, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που επηρεάζει βαθιά τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής. Ενώ τα διαθέσιμα αντιψυχωσικά έχουν βελτιώσει τα θετικά συμπτώματα για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια, είναι σχετικά αναποτελεσματικά για τα αρνητικά και γνωστικά συμπτώματα και συνδέονται με μια σειρά ανεπιθύμητων παρενεργειών.

Οι βασικοί τομείς των ανεκπλήρωτων αναγκών περιλαμβάνουν τη βέλτιστη εφαρμογή των διαθέσιμων θεραπειών, την αποτελεσματική θεραπεία των αρνητικών και γνωστικών συμπτωμάτων, την αποφυγή των ανεπιθύμητων ενεργειών και τις εξατομικευμένες προσεγγίσεις της θεραπείας. Με την πιθανή εξαίρεση της κλοζαπίνης, όλα τα διαθέσιμα σήμερα αντιψυχωσικά δρουν κυρίως μέσω του αποκλεισμού των D2 υποδοχέων της ντοπαμίνης. Χρειάζονται νέοι παράγοντες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του πλήρους φάσματος των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας και τη διευκόλυνση μιας εξατομικευμένης θεραπευτικής προσέγγισης. Η έρευνα επικεντρώνεται σε πολλά υποσχόμενα φάρμακα που έχουν αγωνιστική δράση στους μουςκαρινικούς υποδοχείς, ανταγωνιστική/μερική αγωνιστική δράση στους υποδοχείς της σεροτονίνης και γλουταμινεργική δράση.

Στην περίπτωση της κατάθλιψης οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης είναι τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα αντικαταθλιπτικά. Καθώς η κατανόηση των συμπτωμάτων εξελίσσεται, οι επιστήμονες ανακαλύπτουν νέους τρόπους για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Η ανάπτυξη νέων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων προσφέρει ελπίδα στα άτομα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (ΜΚΔ) και ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη. Υπάρχουν τρία νεότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα: η εσκεταμίνη, η μπρεξανολόνη και ο συνδιασμός δεξτρομεθορφάνης-βουπροπιόνης. Αυτά τα φάρμακα, που υποστηρίζονται από αυστηρές κλινικές δοκιμές και εγκρίθηκαν από τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA), σηματοδοτούν σημαντικές εξελίξεις στη θεραπεία της κατάθλιψης, παρέχοντας εναλλακτικές επιλογές για τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν επίμονα συμπτώματα κατάθλιψης.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ -ΠΑΛΑΙΕΣ ΚΑΙ ΝΕΩΤΕΡΕΣ-ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΩΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

π.Ιωαννίκιος-Ιωάννης Γιαννόπουλος, Taulant Jupe, Αικατερίνη Ρούμπου

Τα ψυχιατρικά και συμπεριφορικά συμπτώματα είναι κοινά σε όλους τους τύπους άνοιας. Αυτά τα συμπτώματα έχουν σημαντικές συνέπειες, που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής, τόσο των ίδιων των ασθενών, όσο και των ανθρώπων που τους φροντίζουν και τον κοινωνικό τους περίγυρο. Η θεραπεία της άνοιας αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό, αλλά σχετικά παραμελημένο μέρος της νευρολογικής φροντίδας του ηλικιωμένου πληθυσμού. Γενετικές και νευροχημικές μελέτες δείχνουν ότι τα χολινεργικά, σεροτονινεργικά και ντοπαμινεργικά συστήματα μπορεί να επηρεάσουν τον κίνδυνο ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με άνοια. Δεν υπάρχει ακόμα συναίνεση σχετικά με τη διαχείριση τέτοιων συμπτωμάτων. Ελεγχόμενες μελέτες ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, που συνήθως πραγματοποιούνται σε περιβάλλον γηροκομείου, αναφέρουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Τα άτυπα αντιψυχωσικά μπορεί να είναι αποτελεσματικά σε ορισμένες περιπτώσεις, αλλά έχουν υψηλό κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών. Υπάρχουν αναδυόμενες ενδείξεις ότι οι αναστολείς της χολινεστεράσης μπορεί να μειώσουν και να αποτρέψουν τέτοια συμπτώματα. Απαιτούνται περισσότερες μελέτες για να διευκρινιστεί ο ρόλος των χολινεργικών και άλλων ψυχοτρόπων παραγόντων καθώς και των μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων για ψυχιατρικά συμπτώματα και συμπτώματα συμπεριφοράς σε ασθενείς με άνοια. Οι μεμονωμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορεί να επιφέρουν μικρές μόνο αλλαγές στην ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από άνοια, αλλά όταν χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό, αυτές οι παρεμβάσεις συνεργάζονται και μπορούν να κάνουν σημαντική διαφορά. Δεδομένου ότι η κοινωνική κλίμακα του προβλήματος φροντίδας της άνοιας είναι υψηλή, ο συνοδικός αντίκτυπος από οικονομική, κοινωνιολογική άποψη τέτοιων θεραπειών είναι πολύ σημαντικός. Στο παρόν, δεν υπάρχουν θεραπείες τροποποίησης της νόσου για καμία από τις νευροεκφυλιστικές άνοιες. Αντίθετα, ο κλινικός ιατρός έχει πολλά θεραπευτικά εργαλεία για να μετριάσει τις γνωστικές και συμπεριφορικές συνέπειες της άνοιας. Υπάρχουν επίσης κάποιες στρατηγικές για την ελαχιστοποίηση της βλάβης σε ασθενείς με άνοια.

DELIRIUM: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αικατερίνη Ρούμπου, Taulant Jupe, π. Ιωαννίκιος-Ιωάννης Γιαννόπουλος

Το οργανικό ψυχοσύνδρομο (delirium) αποτελεί καλά μελετημένη κλινική οντότητα καθώς παρουσιάζεται με πολύ μεγάλη συχνότητα, ειδικά σε άτομα τρίτης ηλικίας, σε νοσηλευόμενους σε μονάδες εντατικής θεραπείας, κατά τη μετεγχειρητική περίοδο ή σε άλλες καταστάσεις. Υπάρχει πλήθος άρθρων τα τελευταία έτη τα οποία μελετούν πιθανούς βιοδείκτες ή παραμέτρους που ενδεχομένως παίζουν ρόλο στην εντόπιση της προδιάθεσης ενός ατόμου για εμφάνιση οργανικού ψυχοσυνδρόμου και την έγκαιρη διάγνωση μέσω διαφόρων εργαλείων. Ακόμα, σημαντική είναι η έρευνα των πιθανών τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου όπως για παράδειγμα χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών ή εκτέλεση ιατρικών πράξεων. Επιπλέον, μεγάλο κομμάτι της έρευνας στρέφεται στις φαρμακολογικές παρεμβάσεις, όπου πέρα από τις κλασικές αγωγές (τυπικά και άτυπα αντιψυχωτικά και άλλα) δίνεται αρκετό βάρος στη δεξμεδετομιδίνη, τα ανάλογα μελατονίνης καθώς και σε άλλες ουσίες. Σημαντική θέση κατέχουν και οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις με μέσα όπως μουσική, συμπεριφορικές τεχνικές, σωματική άσκηση, ηλεκτροσπασμοθεραπεία και άλλα. Όσον αφορά στην πρόληψη απαιτείται η ευαισθητοποίηση και συνεργασία με άλλες ειδικότητες, κατά βάση αναισθησιολόγους, χειρουργούς, γενικούς ιατρούς και άλλους ώστε είτε εκ των προτέρων να επιλέγεται η κατάλληλη προσέγγιση σε άτομα υψηλού κινδύνου είτε να υπάρχει εγρήγορση σχετικά με την εμφάνιση συμπτωματολογίας και άμεση διασύνδεση με ψυχίατρο για την αντιμετώπιση. Η κατάκτηση της γνώσης σχετικά με τους μηχανισμούς που οδηγούν στο οργανικό ψυχοσύνδρομο μπορεί να ανοίξει δρόμους για την καλύτερη πρόληψη και αντιμετώπιση.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ 2

Ενδοοικογενειακή βία

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ

Απόστολος Πατούνας

Υπαστυνόμος Α΄ - Ψυχολόγος, MSc

Αρχικά γίνεται μία αναφορά στη νομοθεσία που διέπει την «ενδοοικογενειακή βία» (ν.3500/2006, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει), προκειμένου να αποσαφηνιστεί ποια πρόσωπα εμπίπτουν στην έννοια της «οικογένειας» και ποιες πράξεις θεωρούνται ως εγκλήματα, σύμφωνα με τις διατάξεις του προρρηθέντος νόμου.

Στη συνέχεια περιγράφεται η διάρθρωση και οι αρμοδιότητες των «Υπηρεσιών Αντιμετώπισης Ενδοοικογενειακής Βίας», καθώς και ο ρόλος που διαδραματίζει η Ελληνική Αστυνομία στην πρόληψη και αντιμετώπιση του εν λόγω φαινομένου. Ακολουθεί η ανάλυση της αστυνομικής ανταπόκρισης σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας και του τρόπου καταγγελίας των σχετικών εγκλημάτων. Στο τέλος της παρουσίασης ακολουθεί στατιστική απεικόνιση των εγκλημάτων ενδοοικογενειακής βίας, που καταγγέθηκαν στις αρμόδιες Αστυνομικές Υπηρεσίες.

ΒΙΑΙΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΝΗΛΙΚΩΝ

Αλέξανδρος Καλαβρής

M.Sc., Ph.D.(c), Ψυχολόγος, Ελληνική Αστυνομία, Υποψήφιος Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Η ανήλικη παραβατικότητα αναφέρεται σε αντικοινωνική συμπεριφορά των νέων και παραπέμπει σε μορφές «αποκλίνουσας» συμπεριφοράς, οι οποίες παραβιάζουν κοινωνικά αποδεκτούς κανόνες και θεμελιώδη δικαιώματα. Αφορά σε παράβαση του νόμου και έχει αντικαταστήσει τον όρο εγκληματικότητα προς αποφυγή στιγματισμού του νεαρού δράστη. Η επιθετική ή/και βίαιη συμπεριφορά συνιστά το σημείο συνάντησης μεταξύ παραβατικότητας και ψυχικής υγείας. Κορυφαία μορφή ψυχιατρικής έκφρασης της στην εφηβεία αποτελεί η διαταραχή διαγωγής. Η επιθετική ή/και βίαιη συμπεριφορά συναντάται τόσο σε εσωτερικευμένου όσο και σε εξωτερικευμένου τύπου διαταραχές. Δεδομένης της αυξημένης συχνότητας ψυχοπαθολογίας και των γνωστικών ελλείψεων μεταξύ των ανήλικων παραβατών, ο κλάδος της Ψυχιατροδικαστικής συνεισφέρει στην κατανόηση και πρόληψη της νεανικής παραβατικότητας.

Πλήθος ερευνητικών δεδομένων καταγράφουν υψηλό επιπολασμό ψυχικών διαταραχών σε ανήλικους παραβάτες. Ωστόσο, καίριας σημασίας είναι η διάκριση ανάμεσα στην παραβατικότητα με συνοδή ψυχοπαθολογία και σε εκείνη ως απότοκο μείζονος ψυχοπαθολογίας. Επιπλέον, μελέτες αναδεικνύουν τη δομή της οικογένειας ως σημαντικό παράγοντα για την ερμηνεία της νεανικής παραβατικότητας. Η απουσία γονέα, ο γονικός έλεγχος, είτε με τη μορφή της εποπτείας είτε και μέσω της συναισθηματικής κοντινότητας, καθώς και η σχέση γονέα-παιδιού συνιστούν προγνωστικοί παράγοντες εκδήλωσης της νεανικής παραβατικότητας. Πέραν των οικογενειακών διεργασιών, η κακοποίηση και η παραμέληση κατά την παιδική και εφηβική ηλικία σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά παραβατικότητας στους νέους. Χαρακτηριστικό είναι το εύρημα που υποδεικνύει ότι η κακοποίηση σε οποιαδήποτε ηλικία αυξάνει τον κίνδυνο παραβατικής συμπεριφοράς. Ομοίως, η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα συνδέεται με επιθετικότητα, αντικοινωνική συμπεριφορά και παραβατικότητα στους νέους, με τον χαμηλό αυτοέλεγχο να μεσοδιαβεί εν μέρει την εν λόγω σύνδεση.

Οι παρεμβάσεις για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της νεανικής παραβατικότητας στην πλειοψηφία τους εφαρμόζονται σε οικογενειακό ή σχολικό επίπεδο, διαφοροποιούνται ως προς τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και τη στοχοθεσία τους, ενώ παρουσιάζουν ποικίλη αποτελεσματικότητα. Η εστίαση στην ψυχική υγεία για την πρόληψη και αντιμετώπιση της νεανικής παραβατικότητας, δεδομένης της συνοδής ψυχοπαθολογίας, μπορεί να αποτελέσει βέλτιστη στρατηγική. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας οφείλουν να συνδράμουν το σύστημα της οικογένειας και ιδανικά να προσφέρονται σε κοινοτικό επίπεδο. Πέραν του στίγματος, απαιτείται η μετατόπιση σε μια αναπτυξιακή προσέγγιση και κατανόηση της παραβατικότητας καθώς ο ανήλικος παραβάτης δεν μπορεί να ειπωθεί ως ώριμος εγκληματίας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΥ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ‘VICTIM PROTECTION IN MEDICINE - VIPROM’

Καραχάηλου Ευαγγελία

*MSc, PhDc Ιατρικής Σχολής Αθηνών (Τομέας Ψυχιατρικής/Ψυχιατροδικαστικής), Προισταμένη Υποδιεύθυνσης
Ν.Υ.- ΨΝΑ (Δαφνί), Ακαδημαϊκός Υπότροφος Παν/μίου Δυτικής Αττικής.*

Η ενδοοικογενειακή/συντροφική βία αποτελεί ένα σοβαρό παγκόσμιο κοινωνικό ζήτημα και ζήτημα δημόσιας υγείας. (ΠΟΥ 2013). Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην ανίχνευση της ενδοοικογενειακής βίας (Ε.Β) μεταξύ των ασθενών τους γιατί μεγάλο ποσοστό των γυναικών που βιώνουν Ε.Β. αρχικά στρέφονται στις υπηρεσίες υγείας (FRA 2015). Ως εκ τούτου, είναι κομβικής σημασίας, οι επαγγελματίες υγείας που ανταποκρίνονται στην πρώτη γραμμή να διαθέτουν τις κατάλληλες γνώσεις/ δεξιότητες και να αισθάνονται ικανοί να υποστηρίξουν τα θύματα πέρα από τα ιατρικά τους καθήκοντα. Ο κύριος στόχος του Ευρωπαϊκού Συγχρηματοδοτούμενου Έργου «VIPROM», είναι η ανάπτυξη μιας βιώσιμης, οργανωτικά ενσωματωμένης και θεσμικά αναγνωρισμένης εκπαίδευσης για επαγγελματίες από διαφορετικούς υγειονομικούς τομείς (γιατροί, νοσηλευτές, μαίες, φοιτητές ιατρικής) σε πέντε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με την υλοποίηση εκπαιδύσεων μέσω της προσέγγισης «εκπαίδευσης εκπαιδευτών», το «VIPROM» θα συμβάλει στη μακροπρόθεσμη οργανωτική προστασία των θυμάτων και σε διαρθρωτικές αλλαγές στον ιατρικό τομέα. Το έργο περιλαμβάνει επιστημονική έρευνα, αυστηρή αξιολόγηση και αποσκοπεί να προσφέρει μια προσέγγιση βέλτιστης πρακτικής ώστε να χρησιμεύσει ως πρότυπο και σε άλλα εθνικά και ευρωπαϊκά ιατρικά ιδρύματα.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ 4

Φαρμακολογικές θεραπείες στις διαταραχές του ύπνου

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΤΡΑΖΟΔΟΝΗΣ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Ελίσσάβετ Πνιιώτη, Μαρία Κόκκαλη
Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Υπόβαθρο: Η χρήση της τραζοδόνης στη θεραπεία των διαταραχών του ύπνου, ανεξαρτήτως της κύριας διάγνωσης, εξετάζεται σε αυτήν τη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να παρέχει μια ενημερωμένη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, της αποδοχής, της ανεκτικότητας και της ασφάλειας της τραζοδόνης.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε μια σφαιρική έρευνα σε διάφορες βάσεις δεδομένων και κλινικά μητρώα κλινικών δοκιμών για τον εντοπισμό ελεγχόμενων μελετών που συγκρίνουν την τραζοδόνη με εικονικό φάρμακο ή άλλες φαρμακοθεραπείες για τη θεραπεία των διαταραχών του ύπνου.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση συμπεριέλαβε 43 τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές με συνολικό αριθμό 3835 συμμετεχόντων, αποκαλύπτοντας ότι η τραζοδόνη έχει περιορισμένη επίδραση στον υποκειμενικό χρόνο και την ποιότητα του ύπνου. Ωστόσο, επιδεικνύει αύξηση του συνολικού χρόνου του ύπνου, όπως μετράται με την μέθοδο της πολυσομνογραφίας, και μείωση του νυκτερινού χρόνου που περνά ο ασθενής ξύπνιος μετά την έναρξη του ύπνου. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν συχνότερες στην ομάδα της τραζοδόνης.

Συμπέρασμα: Η τραζοδόνη φαίνεται να παρατείνει τη διάρκεια του ύπνου χωρίς να επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα και την αποδοτικότητα του.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ 5

Ανοσολογικές, λεμφοκυτταρικές καρδιολογικές παράμετροι σε ασθενείς με πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο

ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ ΤΗΣ ΣΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΑΥΞΗΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ: ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΕ ΜΟΝΟΠΥΡΗΝΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΡΩΤΟ ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Γιώργος Λεονταρίτης

Επίκουρος Καθηγητής Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου που συγκλίνουν σε κεντρικά μονοπάτια σηματοδότησης που ενορχηστρώνουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου. Η σηματοδοτική οδός Akt/GSK3β/mTOR, που ενεργοποιείται από πληθώρα αυξητικών παραγόντων τόσο κεντρικά όσο και περιφερικά, έχει αναγνωρισθεί από καιρό ως σημείο σύγκλισης και αιτιολογικού μηχανισμού σε νευροαναπτυξιακές ασθένειες. Ωστόσο, παρόλο που η υπολειτουργία του μονοπατιού έχει δειχθεί σε πτωματικό εγκεφαλικό ιστό ασθενών με σχιζοφρένεια, είναι ασαφές εάν αυτή η υπολειτουργία έχει ήδη καθιερωθεί κατά το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο (FEP) και αν ανιχνεύεται περιφερικά. Στην παρούσα μελέτη, πραγματοποιήσαμε μια συστηματική ανάλυση φωσφορυλίωσης των Akt, GSK3β και S6, ενός στόχου του mTOR, σε φρέσκα μονοπύρηνια κύτταρα περιφερικού αίματος (PBMCs) από ασθενείς FEP. Τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν δύο διακριτούς σηματοδοτικούς ενδοφαινότυπους. Η υπολειτουργία του GSK3β παρουσιάζει μια συσχέτιση με την ψυχοπαθολογία και ομαλοποιείται μετά τη θεραπεία, ενώ η υπολειτουργία του mTOR αντιπροσωπεύει μια σταθερή κατάσταση. Η μελέτη μας παρέχει νέα δεδομένα σχετικά με την περιφερειακή υπολειτουργία της οδού Akt/GSK3β/mTOR και αναδεικνύει το mTOR ως σημαντικό παράγοντα ολοκλήρωσης των περιφερικών ανοσολογικών και μεταβολικών μεταβολών σε ασθενείς FEP.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΥΤΟΚΙΝΩΝ ΣΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΥΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟ ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Ανδρέας Καραμπάς

Ψυχίατρος, Διδάκτωρ Ιατρικής, Επιμελητής Β' Εσυ, Ψυχιατρική Κλινική Του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Στα τέλη της δεκαετίας του 1990, κερδίζει έδαφος, η υπόθεση της εμπλοκής ανοσοολογικών παραγόντων στην πρόκληση της σχιζοφρένειας, μέσα από την αναζήτηση φλεγμονωδών παραγόντων, πρωτίστως κυτοκινών, στο περιφερικό αίμα αλλά και πολύ πιο σπάνια στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ασθενών με σχιζοφρένεια. Η υπόθεση των κυτοκινών στη σχιζοφρένεια θα διατυπωθεί στις αρχές του 2000, θα εμπλουτιστεί και θα τροποποιηθεί καταλήγοντας στην υπόθεση της κλιοζαπίνης στη σχιζοφρένεια. Παράλληλα, η επανεισαγωγή της κλιοζαπίνης μετά την έγκρισή της από τον Αμερικανικό Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων το 1994 αυξάνει τις προσδοκίες για την αντιμετώπιση των περιπτώσεων σχιζοφρένειας που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία με άηθα αντιψυχωτικά. Το ενδιαφέρον για την κλιοζαπίνη αυξάνει ακόμη περισσότερο όταν, παρά την ανακάλυψη των αντιψυχωτικών δεύτερης γενιάς στις δεκαετίες 1990-2010, οι ανθεκτικές στη θεραπεία περιπτώσεις παραμένουν στο 15-20% των ασθενών τουλάχιστον.

Στη μελέτη μας βρήκαμε σε ασθενείς πρώτου επεισοδίου που αποδείχθηκαν ανθεκτικοί στη θεραπεία με δύο άτυπα αντιψυχωτικά, μετά τη θεραπεία με κλιοζαπίνη στατιστικά σημαντική αύξηση των τιμών της αντιφλεγμονώδους κυτοκίνης ιντερλευκίνης-4, αύξηση επίσης των τιμών της ρεζιστίνης ενώ διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση των τιμών της αδιπονεκτίνης. Η αύξηση των τιμών της ιντερλευκίνης-4 φαίνεται να σχετίζεται με την αντιφλεγμονώδη δράση της κλιοζαπίνης, ενώ η αύξηση της ρεζιστίνης και η μείωση της αδιπονεκτίνης μπορεί να σχετίζονται με υποκλινικές μεταβολικές διαταραχές ή/και με ανοσοολογικές διαταραχές των ανθεκτικών στη θεραπεία ασθενών με σχιζοφρένεια. Η μείωση των τιμών του TGF-β μετά την ανεπιτυχή θεραπεία με ρισπεριδόνη και ολανζαπίνη σχετίζεται μάλλον με τη χορήγηση αντιψυχωτικής αγωγής αλλά όχι με την αποτελεσματικότητά της. Υπόψιν, οι τιμές του TGF-β δεν μεταβλήθηκαν μετά τη θεραπεία με κλιοζαπίνη.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟ ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Πέτρος Πετρίκης

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

Οι ανοσολογικές διαταραχές στη σχιζοφρένεια αποτελούν από τα πλέον σταθερά ευρήματα κατά τις τελευταίες δεκαετίες, αν και παρατηρείται σημαντική ετερογένεια ως προς τα ευρήματα. Ιντερλευκίνες, μονοπάτια (pathways) σχετιζόμενα με αυτές, όπως και το Μείζον Σύστημα Ισοσυμβατότητας φαίνεται να σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια και την ψυχοπαθολογία της. Οι ιντερλευκίνες, συμμετέχουν στη ρύθμιση φυσιολογικών και παθολογικών ανοσιακών αντιδράσεων. Αποτελούν επίσης σημαντικούς παράγοντες επικοινωνίας μεταξύ του ανοσοποιητικού και του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος λόγω της δυνατότητάς τους να διέρχονται τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και της ύπαρξης ιντερλευκινικών υποδοχέων στο ΚΝΣ. Ιντερλευκίνες αηλιά και χεμοκίνες, που αποτελούν την υπο-ομάδα των ιντερλευκινών που ρυθμίζουν την κυκλοφορία των ανοσιακών κυττάρων στο σώμα, παράγονται επίσης από νευρώνες και νευρογλοιακά κύτταρα. Η αλληλεπίδραση των δύο συστημάτων, κεντρικού νευρικού και ανοσιακού, και οι ανοσολογικές διαταραχές που παρατηρήθηκαν σε ασθενείς με σχιζοφρένεια οδήγησαν στη διατύπωση της «υπόθεσης των ιντερλευκινών στη σχιζοφρένεια». Η παθολογική ανοσιακή απάντηση που εμπλέκεται στην παθοφυσιολογία της ψύχωσης μπορεί να περιλαμβάνει διαταραχές στην ενεργοποίηση του ανοσιακού συστήματος, στη λειτουργία και τον αριθμό των συνολικών T-λεμφοκυττάρων και των υποπληθυσμών τους (λόγος των βοηθητικών CD4+ προς τα κυτταροτοξικά CD8+) καθώς και των κυττάρων «φυσικών φονέων». Ιδιαίτερα, τα ρυθμιστικά T-λεμφοκύτταρα φαίνεται να έχουν νευροπροστατευτικό ρόλο, μειώνοντας τη φλεγμονή και αυξάνοντας τους νευροτροφικούς παράγοντες. Άλλωστε, οι ιντερλευκίνες παράγονται και από τα ανοσιακά κύτταρα και ενδεχομένως διαταραχή των ιντερλευκινών μπορεί να εκκινεί από διαταραγμένο αριθμό των ανοσοκυττάρων. Επιπλέον, πρόσφατες μελέτες επισημαίνουν ότι το ΚΝΣ επηρεάζεται από τις φλεγμονώδεις δράσεις των λεμφοκυττάρων αηλιά και ότι νευρομεταβιβαστές-πρωτίστως η ντοπαμίνη- επιδρούν στη δράση των T- λεμφοκυττάρων.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ 6

Προκλήσεις και διλήμματα στην αντιμετώπιση του 1^{ου} Ψυχωσικού επεισοδίου

LAIS - ΔΕΣΜΕΥΣΗ Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΜΑΧΙΑ;

ΝΤΟΥΡΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

Ψυχίατρος, Επιμελητής ψυχιατρικής κλινικής 424 ΓΣΝΕ,
Επιστημονικά Υπεύθυνος μονάδας έγκαιρης παρέμβασης στην ψύκωση 'ΓΙΝΟΕΣ SKG'

Η αντιμετώπιση του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου αποτελεί πρόκληση για τους κλινικούς. Απαιτεί την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση, τη διαχείριση του ασθενούς και του περιβάλλοντος του και το σχεδιασμό εξατομικευμένης θεραπείας.

Ξεκινώντας από τη διάγνωση είναι κρίσιμο να γίνει σωστή εκτίμηση του ιστορικού και να κριθεί τελικά αν πρόκειται για το πρώτο σχιζοφρενικό επεισόδιο ή για διαφορετική συμπτωματολογία/ διάγνωση. Επίσης, είναι απαραίτητη η σύναψη θεραπευτικής συμμαχίας με τον ίδιο και το περιβάλλον του για να γίνει κατανοητή η φύση της ασθένειας και να ενημερωθούν για τα οφέλη μιας αποτελεσματικής θεραπείας. Αυτό δεν είναι εύκολο μια και υπάρχει συχνά η τάση υποτίμησης του επεισοδίου από το περιβάλλον και έλλειψη εναισθησίας από τον ίδιο. Στο σημείο αυτό ο σχεδιασμός μιας εξατομικευμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης μαζί με τους ενδιαφερόμενους μπορεί να συμβάλει στη συνεργασία βελτιώνοντας και τη δέσμευση στη φαρμακευτική αγωγή.

Η χρήση των LAIs (Long-acting Injectable) αντιψυχωτικών αποτελεί μια επιλογή που τα τελευταία χρόνια προτείνεται ολοένα και συχνότερα ως μια δυνατότητα στη θεραπεία του πρώτου σχιζοφρενικού επεισοδίου. Η σύσταση για τη χρήση τους, μάλιστα, έχει πλέον καθιερωθεί στους διάφορους θεραπευτικούς αλγόριθμους που αφορούν τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου¹. Παρέχει, δε σημαντικά πλεονεκτήματα από την άποψη της αποτελεσματικότητας, της πρόληψης των υποτροπών αλλά και της μείωσης των παρενεργειών². Στην καθημερινή κλινική παραμένει, όμως, μια περιορισμένη πρακτική και αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη στάση των ψυχιάτρων απέναντι τους.

Συμπερασματικά, η χρήση των LAIs αντιψυχωτικών στους ασθενείς που θα έχουν διαγνωσθεί με πρώτο σχιζοφρενικό επεισόδιο μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα επωφελής. Η σύναψη θεραπευτικής συμμαχίας με τη συνεργασία του ασθενή και του περιβάλλοντος του μπορεί να επιτρέψει ευκολότερα αυτή την επιλογή. Η στάση του ψυχιάτρου απέναντι σε αυτή τη μορφή φαρμακευτικής θεραπείας είναι κρίσιμος παράγοντας για τη χρήση της.

1 Arango C, Fagiolini A, Gorwood P, Kane JM, Diaz-Mendoza S, Sahota N, Correll CU. Delphi panel to obtain clinical consensus about using long-acting injectable antipsychotics to treat first-episode and early-phase schizophrenia: treatment goals and approaches to functional recovery. *BMC Psychiatry*. 2023 Jun 21;23(1):453.

2 Brown, B, Turkoz, I, Mancevski, B, Mathews, M. Evaluation of paliperidone palmitate long-acting injectable antipsychotic therapy as an early treatment option in patients with schizophrenia. *Early Intervention in Psychiatry*. 2020; 14: 428-438.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ 7

Συννοσηρότητα χρήσης ουσιών, σωματικών και ψυχικών διαταραχών, Διοργάνωση Τμήμα Τοξικομανών - 18 ΑΝΩ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΤΟΞΙΝΩΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΤΟΥ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΤΟΥ Γ.Ν.Ι. Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ. Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΟΛΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Λυγερή Ηλιοπούλου, Καλλιόπη Γάτσιου, Γρηγόρης Δεσπότης

Ψυχιατρική και σωματική συννοσηρότητα στο Τμήμα Σωματικής Αποτοξίνωσης από το Αλκοόλ του Πολυδύναμου Κέντρου του Γ.Ν. Ι. Γ Χατζηκώστα. Η πρόκληση της ολιστικής προσέγγισης Το πολυδύναμο κέντρο αντιμετώπισης της κρίσης των χρηστών ναρκωτικών και αλκοόλ περιλαμβάνει δυο τμήματα νοσηλείας: ένα για τη σωματική απεξάρτηση από οπιούχα και ένα από αλκοόλ και η νοσηλεία διαρκεί 28 ημέρες. Οι χρήστες αλκοόλ απευθύνονται στο σταθμό υποδοχής όπου κατάθετον το αιτήμα τους, γίνεται διερεύνηση και ανάπτυξη κινήτρου, ψυχιατρική και κλινική αξιολόγηση. Η εισαγωγή γίνεται από το τμήμα εισαγωγών όπου διενεργείται εκ νέου λεπτομερής ψυχιατρική αξιολόγηση και κλινική και εργαστηριακή διερεύνηση συνοδών προβλημάτων σωματικής υγείας. Η συννοσηρότητα τοσόν όσο αφορά ψυχιατρικές διαταραχές όσο και προβλήματα σωματικής υγείας δεν αποτελεί λόγο αποκλεισμού από την εισαγωγή για σωματική αποτοξίνωση. Εξαιρούνται σοβαρά η και απειλητικά για τη ζωή προβλήματα σωματικής υγείας που απαιτούν άμεση αντιμετώπιση σε εξειδικευμένες κλινικές η η ύπαρξη ενεργού ψυχοπαθολογίας που ενέχει απειλή για την ασφάλεια και τη ζωή του ίδιου η του περιβάλλοντος του τμήματος. Κατά τη νοσηλεία γίνεται εστιασμένη προσπάθεια για φροντίδα του χρήστη σε όλα τα επίπεδα πέραν της σωματικής απεξάρτησης: διάγνωση και θεραπευτική προσέγγιση όσον αφορά ηπατολογικά, καρδιαγγειακά, νευρολογικά κλπ προβλήματα καθώς και ψυχιατρική διάγνωση και αντιμετώπιση (ψυχοφαρμακολογικά και ψυχοθεραπευτικά) ψυχιατρικών διαταραχών. Καθώς οι χρόνιοι χρήστες αλκοόλ παρουσιάζουν σοβαρή παραμέληση εαυτού αλλά και της φροντίδας της ψυχικής και σωματικής υγείας, η ολιστική προσέγγιση αυτού του είδους, σε συνδυασμό και με την βοήθεια για διευθέτηση κοινωνικών και οικογενειακών ζητημάτων ενισχύει σημαντικά την επιτυχία της αποτοξίνωσης και την συγκράτηση στη θεραπεία αλλα και την παραμονή μακριά από τη χρήση μετά την έξοδο Ηλιοπούλου Λυγερή Ψυχίατρος Διευθύντρια Ψυχιατρικού Τομέα Γ.Ν.Ι.Γ. Χατζηκώστα Υπεύθυνη Πολυδύναμου Κέντρου.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ TOURETTE, ΒΑΡΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΧΡΗΣΗΣ ΚΟΚΑΪΝΗΣ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ I

Αντωνίου Αθανάσιος (ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία»),
Γρηγοράκης Λεωνίδας (ΨΝΑ)

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Tourette έχει συσχετιστεί γενετικά με διάφορες συννοσηρές καταστάσεις, κάποιες εκ των οποίων αφορούν και τη ροπή προς χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Ωστόσο, οι συνήθεις κατευθυντήριες οδηγίες μέχρι τώρα δεν παρουσιάζουν ειδικές συστάσεις για συννοσηρές καταστάσεις.

Σκοπός: Η παρουσίαση μιας επιτυχούς θεραπευτικής αντιμετώπισης περιστατικού με σύνδρομο Tourette, Βαριά Διαταραχή Χρήσης Κοκαΐνης κατά DSM 5 και Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου I.

Μέθοδος: Ψυχιατρική αξιολόγηση του περιστατικού, ψυχομετρικός έλεγχος, παθολογική διερεύνηση, θεραπευτική συμμαχία και ένταξη σε κλειστό πρόγραμμα απεξάρτησης (18ΑΝΩ)

Αποτελέσματα: Ο ασθενής κατά την έναρξη της παρακολούθησης στο συμβουλευτικό σταθμό λάμβανε αγωγή με αριπιπραζόλη, στην οποία δεν παρουσίαζε ανταπόκριση (Yale Global Tic Severity Scale Score:63). Δεδομένης της έντασης των tic, κρίθηκε σκόπιμο να γίνει αλλαγή φαρμάκου. Παρουσίασε αρχικά σχετικά θετική ανταπόκριση στη ρισπεριδόνη (YGTSS Score 50), η οποία διακόπηκε λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών (καταστολή, επεισόδια υπερφαγίας) και της πιθανότητας επιδείνωσης της πορείας του σακχαρώδους διαβήτη. Κατόπιν χορηγήθηκε σχήμα βασισμένο στην κλονιδίνη, στην οποία ο ασθενής παρουσίασε εντυπωσιακά θετική ανταπόκριση, η οποία αποτυπώθηκε και ψυχομετρικά (YGTSS Score 10). Αν και δεν κατάφερε να ολοκληρώσει το κλειστό πρόγραμμα και συνέχισε την παρακολούθηση σε συμβουλευτικό επίπεδο, διατήρησε την αποχή από τη χρήση, ενώ παρέμεινε και ελεύθερος tic στα follow-up.

Συμπεράσματα: Η κλονιδίνη θα μπορούσε να αποτελεί μια αξιόπιστη λύση σε ασθενείς με σύνδρομο Tourette με πιθανή γενετική συμμετοχή σε εκδήλωση διαταραχής χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και ευαισθησία στις μεταβολικές ανεπιθύμητες ενέργειες της ρισπεριδόνης.

Στρογγυλή Τράπεζα 8

Θεραπευτική αντιμετώπιση στην Διαταραχή Χρήσης Αλκοόλ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ

Χριστόπουλος Γιάννης

Ψυχίατρος, Δ/ντής ΕΣΥ, Μονάδα Απεξάρτησης από το Αλκοόλ, Ψ.Ν.Α.

Στην παρουσίαση αρχικά γίνεται αναφορά στους σχετικούς κυτταρικούς υποδοχείς και εγκεφαλικές οδούς, που αφορούν τη φαρμακοδυναμική του αλκοόλ και τη παθοφυσιολογία του εθισμού και πώς σχετίζονται με τη φαρμακοθεραπεία της Διαταραχής Χρήσης Αλκοόλ.

Ακολούθως παρουσιάζονται οι δραστικές ουσίες, που χρησιμοποιούνται τόσο στην Ελλάδα αλλή και αυτές που έχουν έγκριση από τους ελεγκτικούς οργανισμούς (FDA, EMA, MHRA). Γίνεται επίσης αναφορά σε μη εγκεκριμένες αλλή χρησιμοποιούμενες η/και υποσχόμενες για το μέλλον δραστικές ουσίες.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Παρασκευή Νικολαΐδου

Ψυχίατρος, MSc, Επιμελήτρια Β', Μονάδα Ανεξάρτησης από το Αλκοόλ, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Αθήνα

Οι καταθλιπτικές διαταραχές αποτελούν τις πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές μεταξύ των ατόμων με Διαταραχή Χρήσης Αλκοόλ (ΔΧΑ). Τα άτομα με ΔΧΑ έχουν 3,7 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν μία μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και 2,8 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν δυσθυμία σε σχέση με εκείνα χωρίς ΔΧΑ¹.

Η συνύπαρξη των δύο διαταραχών συνδέεται με βαρύτερη συμπτωματολογία και για τις δύο διαταραχές², χαμηλότερη ανταπόκριση στην θεραπεία³, χειρότερη πρόγνωση για καθεμιά ξεχωριστά, συμπεριλαμβανομένου του αυξημένου κινδύνου αυτοκτονικότητας⁴.

Αιτιολογικά οι δύο διαταραχές μπορεί να προέρχονται από κάποια κοινή ευαλωτότητα⁵⁻⁶, για παράδειγμα αντιξοότητες πρώιμης παιδικής ηλικίας ή γενετικές προδιαθέσεις ή μπορεί να είναι συχνές διαγνώσεις που συμβαίνουν τυχαία. Οι πιθανώς κοινοί συμπεριφορικοί, γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου, παραμένουν ελάχιστα κατανοητοί.

Η διάγνωση των δύο διαταραχών όταν συνυπάρχουν αποτελεί πρόκληση λόγω αλληλεπικαλυπτόμενων συμπτωμάτων, όπως η αϋπνία και ψυχοκινητική διέγερση⁷ που είναι κοινά συμπτώματα στη στέρηση από το αλκοόλ και στις καταθλιπτικές διαταραχές. Εάν τα συμπτώματα της κατάθλιψης ξεκίνησαν πριν από την έναρξη της εξάρτησης από το αλκοόλ ή επιμένουν μετά από μια περίοδο αποχής 4 εβδομάδων, τότε η διάγνωση ανεξάρτητης, πρωτοπαθούς καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να γίνει με περισσότερη βεβαιότητα. Αντίστοιχα, οποιαδήποτε διάγνωση κατάθλιψης κατά τη διάρκεια ενεργών περιόδων κατανάλωσης αλκοόλ ή κατά τη διάρκεια οξείας στέρησης αλκοόλ, θα πρέπει να θεωρηθεί κατάθλιψη επαγόμενη από το αλκοόλ⁸.

Η διάκριση αυτή είναι σημαντική καθώς καθορίζει την θεραπευτική προσέγγιση. Έτσι, η κατάθλιψη που οφείλεται στο αλκοόλ θα θεωρηθεί αυτοπεριοριζόμενη συνθήκη που τείνει να υποχωρεί με την αποχή, ενώ η ανεξάρτητη κατάθλιψη απαιτεί ειδική θεραπεία κατάθλιψης. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι η κατάθλιψη που προκαλείται από ουσίες είναι επίσης παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση μεταγενέστερης ανεξάρτητης μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής⁹.

Η τρέχουσα σύσταση για άτομα με ήπιο έως μέτριο επίπεδο κατάθλιψης και συννοσηρότητα με ΔΧΑ είναι να προσφέρονται τεκμηριωμένες ψυχοκοινωνικές θεραπείες, όπως για παράδειγμα γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία ταυτόχρονα με την θεραπεία για το αλκοόλ⁹. Εάν η κατάθλιψη είναι σοβαρή, τότε μια πολύ πιο έγκαιρη εισαγωγή φαρμακευτικής θεραπείας για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης μπορεί να δικαιολογείται. Ο συνδυασμός αντικαταθλιπτικών με ενδεδειγμένα φάρμακα για τη ΔΧΑ έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα για την θεραπεία τόσο της ΔΧΑ, όσο και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, με το συνδυασμό της ναλτεξόνης και της σεργραλίνης^{10,11} να δίνει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Οι βασικές μελλοντικές κατευθύνσεις περιλαμβάνουν μελέτες για την κατανόηση της ετερογένειας^{12,13} τόσο της ΔΧΑ όσο και των καταθλιπτικών διαταραχών, έρευνα για νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις και καλύτερη κατανόηση παραγόντων, όπως το φύλο και τις διαφορές φύλου¹⁴.

Συμπερασματικά, οι καταθλιπτικές διαταραχές συχνά συνυπάρχουν με τη διαταραχή χρήσης αλκοόλ και οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να αξιολογούν εάν τα συμπτώματα κατάθλιψης αντιπροσωπεύουν μια ανεξάρτητη διαταραχή ή μια διαταραχή που προκαλείται από το αλκοόλ. Ο εντοπισμός της αιτιολογίας της κατάθλιψης στα άτομα με ΔΧΑ είναι ζωτικής σημασίας για τον προσδιορισμό της πορείας της νόσου και τη βέλτιστη θεραπευτική προσέγγιση. Η ταυτόχρονη έναρξη θεραπειών που στοχεύουν και στις δύο διαταραχές στην πραγματικότητα μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα από μια διαδοχική θεραπευτική προσέγγιση.

Βιβλιογραφία

1. Grant, Bridget F., et al. "Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions." *Archives of general psychiatry* 61.8 (2004): 807-816.
2. Hasin, Deborah, et al. "Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence." *Archives of General Psychiatry* 59.4 (2002): 375-380.
3. Greenfield, Brenna L., et al. "The impact of depression on abstinence self-efficacy and substance use outcomes among emerging adults in residential treatment." *Psychology of Addictive Behaviors* 26.2 (2012): 246.
4. Conner, Kenneth R., et al. "Substance-induced depression and independent depression in proximal risk for suicidal behavior." *Journal of studies on alcohol and drugs* 75.4 (2014): 567-572.
5. Andersen, Allan M., et al. "Polygenic scores for major depressive disorder and risk of alcohol dependence." *JAMA psychiatry* 74.11 (2017): 1153-1160.
6. Zhou, Hang, et al. "Genetic risk variants associated with comorbid alcohol dependence and major depression." *JAMA psychiatry* 74.12 (2017): 1234-1241.
7. Iqbal, Muhammad N., Charles J. Levin, and Frances R. Levin. "Treatment for substance use disorder with co-occurring mental illness." *FOCUS, A Journal of the American Psychiatric Association* 17.2 (2019): 88-97.
8. American Psychiatric Association, A. P., and American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Vol. 4. Washington, DC: American psychiatric association, 1994.*
9. Nunes, Edward V., et al. "Independent versus substance-induced major depressive disorder in substance-dependent patients: observational study of course during follow-up." *Journal of Clinical Psychiatry* 67.10 (2006): 1561-1567.
10. Pettinati, Helen M., et al. "A double-blind, placebo-controlled trial combining sertraline and naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence." *American Journal of Psychiatry* 167.6 (2010): 668-675.
11. Witte, Janet, et al. "A randomized, controlled, pilot study of acamprosate added to escitalopram in adults with major depressive disorder and alcohol use disorder." *Journal of clinical psychopharmacology* 32.6 (2012): 787.
12. Webb, Christian A., et al. "Neural correlates of three promising endophenotypes of depression: evidence from the EMBARC study." *Neuropsychopharmacology* 41.2 (2016): 454-463.
13. Project MATCH Research Group. "Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes." *J. stud. alcohol* 58 (1997): 7-29.
14. Moscato, Beth Steger, et al. "Gender differences in the relation between depressive symptoms and alcohol problems: a longitudinal perspective." *American journal of epidemiology* 146.11 (1997): 966-974.

ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ, ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΝΑΛΤΡΕΞΟΝΗΣ, ΤΑ ΕΤΗ 2011-2021

Σεργέδου Ειρήνη

Μονάδα Απεξάρτησης από το Αλκοόλ, Ψ.Ν.Α.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζονται τα αίτια διακοπής παρακολούθησης του Κλειστού Προγράμματος Απεξάρτησης από το Αλκοόλ Βραχείας Παραμονής του ΨΝΑ, τα έτη 2011 έως 2021. Το Πρόγραμμα αυτό είναι εσωτερικό πρόγραμμα τρίμηνης νοσηλείας με χορήγηση ναλτρεξόνης, που ακολουθείται από τρίμηνης διάρκειας Κοινωνική Επανάταξη, σε εξωτερική βάση.

Μέθοδος: Καταγράφηκαν και ταξινομήθηκαν οι νοσηλευόμενοι που διέκοψαν το Πρόγραμμα Απεξάρτησης από το Αλκοόλ, στην κλειστή του φάση, από τα έτη 2011 έως 2021, καθώς και ο λόγος διακοπής τους. Η συλλογή πληροφοριών έγινε από το Μητρώο της Κλινικής, από τον Ιατρικό Φάκελο των ασθενών και το Βιβλίο Λογοδοσίας της Κλινικής.

Αποτελέσματα: Από τις 402 εισαγωγές ασθενών στο Κλειστό Πρόγραμμα, τα έτη 2011 έως 2021, 156 (38,8%) ασθενείς διέκοψαν το Πρόγραμμα. Από αυτούς το 37,8% διέκοψε οικειοθελώς και οι υπόλοιποι με απόφαση της Θεραπευτικής Ομάδας. Η απόφαση της Θεραπευτικής Ομάδας για διακοπή του Προγράμματος, είχε να κάνει με φαινόμενα ηλεκτικής βίας, σύναψη ερωτικής σχέσης, χρήση ουσιών, χρήση αλκοόλ, επικοινωνία με το εξωτερικό περιβάλλον, ψυχιατρική υποτροπή με ή χωρίς μεταφορά σε ψυχιατρική κλινική, σοβαρά παθολογικά προβλήματα που χρειαζόντουσαν ειδική αντιμετώπιση και συνεχείς μικροπαραβιάσεις του κανονισμού λειτουργίας του Προγράμματος.

Συμπεράσματα: Φαίνεται πως πάνω από το ένα τρίτο των ασθενών που εισάγονται για τρίμηνη παρακολούθηση του Κλειστού Προγράμματος Απεξάρτησης από το Αλκοόλ Βραχείας Παραμονής του ΨΝΑ διακόπτουν το Πρόγραμμα -λιγότερο από τους μισούς οικειοθελώς- παρά την προσεκτική διαλογή των εισαχθέντων. Αποτελεί κλινική πρόκληση η αντιμετώπιση της ανάδυσης ψυχοπαθολογικού υλικού μέσα σε ένα αποστερημένο, οριοθετούμενο, κλειστό θεραπευτικό πλαίσιο και η ανάγκη ενδυνάμωσης κινήτρου των νοσηλευομένων.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ 9

Θεραπευτικές παρεμβάσεις στις διατροφικές διαταραχές

PHARMACOTHERAPY VS. PLACEBO FOR THE TREATMENT OF BULIMIA NERVOSA

Κατερίνα Αργυρού
Διαιτολόγος, MSc

Η ψυχογενής βουλιμία είναι μια διαταραχή με υψηλά ποσοστά ψυχιατρικής συννοσηρότητας και σημαντικό κοινωνικό κόστος. Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία θεωρείται η προτιμώμενη θεραπεία, αλλά η πρόσβαση μπορεί να είναι προβληματική. Η φαρμακοθεραπεία είναι πιο προσιτή αλλά δεν χρησιμοποιείται επαρκώς στην κλινική πράξη.

Παρά την έρευνα σε διάστημα μεγαλύτερο από 4 δεκαετίες, ένα σημαντικό ερώτημα στη θεραπεία της βουλιμίας παραμένει αναπάντητο: είναι τα φάρμακα αποτελεσματικά; διαφέρουν ως προς την αποτελεσματικότητά τους;

Για να απαντήσουμε σε αυτό το ερώτημα, συγκρίναμε οποιοδήποτε φαρμακοθεραπευτικό παράγοντα με εικονικό φάρμακο ως προς την επίδραση σε ποικίλα καταληκτικά σημεία σε μια μετα-ανάλυση 52 μελετών, συμπεριλαμβανομένων 3313 ασθενών με ψυχογενή βουλιμία.

Στόχος μας ήταν να αξιολογήσουμε την αποτελεσματικότητα, την ανεκτικότητα και την ασφάλεια όλων των διαθέσιμων μορφών φαρμακοθεραπείας για τη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας. Πραγματοποιήσαμε μια ολοκληρωμένη αναζήτηση σε PubMed, EMBASE, CENTRAL, ClinicalTrials.gov και στη βιβλιογραφία σχετικών άρθρων μέχρι τον Απρίλιο του 2023. Τα κύρια καταληκτικά σημεία ήταν η ύφεση και η συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων. 52 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές (RCTs) στις οποίες συμμετείχαν 3313 συμμετέχοντες συμπεριλήφθηκαν στη μετα-ανάλυση. Συνολικά, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των φαρμάκων και του εικονικού φαρμάκου όσον αφορά την ύφεση. Ωστόσο, τα διαθέσιμα δεδομένα ήταν περιορισμένα. Συγκεκριμένα, τα φάρμακα, ιδιαίτερα τα αντικαταθλιπτικά, έδειξαν σημαντική μείωση στη συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Τα αντικαταθλιπτικά βρέθηκαν επίσης να είναι πιο αποτελεσματικά από το εικονικό φάρμακο όσον αφορά την απόκριση στη θεραπεία και άλλα κλινικά σημαντικά αποτελέσματα. Ένας σημαντικός περιορισμός είναι ότι λίγες RCTs είναι διαθέσιμες για τα μεμονωμένα φάρμακα. Τα αποτελέσματά μας υποστηρίζουν τις δημοσιευμένες κατευθυντήριες γραμμές, ενθαρρύνουν τη χρήση φαρμακοθεραπείας, (ιδιαίτερα των αντικαταθλιπτικών) στην κλινική πράξη και αποτελούν ισχυρή ένδειξη για περαιτέρω έρευνα ποικίλων φαρμακοθεραπευτικών παραγόντων σε μεγαλύτερους πληθυσμούς ασθενών και σε ένα ευρύ φάσμα καταληκτικών σημείων.

ANTIDEPRESSANTS VS. PLACEBO FOR THE TREATMENT OF BINGE EATING DISORDER

Αγγελική Σιώζιου

Κλινική Διαιτολόγος, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Η Επεισοδική Υπερφαγία ορίστηκε ως αυτόνομη διατροφική διαταραχή το 2013 και είναι η πιο κοινή, αποτελώντας ένα πολύ σημαντικό θέμα δημόσιας υγείας. Ο επιπολασμός της είναι ακόμα μεγαλύτερος από τη Νευρογενή Βουλημία, πλησιάζοντας το 2%. Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει μεγάλο εύρος φαρμάκων, όσο και διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας με αποτελεσματικότερη τη γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία.

Τα αντικαταθλιπτικά είναι τα πιο ευρέως μελετημένα φάρμακα για τη θεραπεία της Επεισοδικής Υπερφαγίας, γι' αυτό και η παρούσα μελέτη διερευνά την αποτελεσματικότητά τους.

Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), ClinicalTrials.gov και WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP), η οποία ολοκληρώθηκε στις τον Ιούλιο του 2023. Τα βασικά καταληκτικά σημεία που αναλύθηκαν ήταν η ύφεση των συμπτωμάτων, η συχνότητα των υπερφαγικών επεισοδίων και η απόκριση στη θεραπεία, με την τελευταία να αναλύεται για πρώτη φορά σε σύγκριση με όλες τις προηγούμενες μετα-αναλύσεις.

Συνολικά συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση 15 μελέτες με σύνολο ασθενών 895. Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φάνηκε με στατιστικά σημαντική διαφορά να είναι πιο αποτελεσματική σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο στην επίτευξη της ύφεσης των συμπτωμάτων, όπως επίσης και στη μείωση των υπερφαγικών επεισοδίων.

Ωστόσο, οι διαθέσιμες RCTs είναι λίγες και ο αριθμός των ασθενών ανά μελέτη περιορισμένος, έτσι ώστε να προκύψουν αποτελέσματα με ισχυρή ένδειξη.

Ενθαρρύνουμε την περαιτέρω μελέτη των αντικαταθλιπτικών για την Επεισοδική Υπερφαγία σε μεγαλύτερη κλίμακα και μεγαλύτερη διάρκεια, όπως επίσης και μελέτες που να παρέχουν δεδομένα μετά τη χορήγησή τους (follow-up), για τον ακριβέστερο προσδιορισμό της αποτελεσματικότητάς τους σε βάθος χρόνου.

Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΡΕΘΙΣΜΟΥ (NIBS) ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΥΞΗΜΕΝΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (BMI)

Νικόλαος Λιασκόπουλος

Αγροτικός Ιατρός Σωφρονιστικού Καταστήματος Λάρισας – ΚΥ Τυρνάβου, ειδικευόμενος ψυχιατρικής στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, υποψήφιος διδάκτωρ στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Η παχυσαρκία καθώς και το αυξημένο βάρος σώματος (overweight) αποτελούν σοβαρή επιδημία που αφορά το σύνολο του πληθυσμού του πλανήτη, ειδικά τις δυτικές κοινωνίες. Το κόστος που επιφέρουν στο προσδόκιμο και την ποιότητα ζωής των ατόμων, καθώς και στο σύστημα υγείας, είναι δραματικά αυξανόμενο με την πάροδο των χρόνων. Η υπερφαγία αποτελεί συμπεριφορά που παρατηρείται τόσο στον πληθυσμό χωρίς ψυχιατρικές διαταραχές, όσο και σε ορισμένες διατροφικές διαταραχές (νευρογενής βουλιμία και binge-eating disorder).

Οι μέθοδοι μη επεμβατικού εγκεφαλικού ερεθισμού (NIBS) αποτελούν ιατρικό επίτευγμα των τελευταίων δεκαετιών με συνεχή ανάπτυξη. Οι πλέον διακριτές και ευρέως χρησιμοποιούμενες και μελετημένες είναι ο διακρανιακός μαγνητικός ερεθισμός (TMS) και ο διακρανιακός ηλεκτρικός ερεθισμός (tDCS). Ειδικά ο TMS έχει λάβει έγκριση από τον FDA για την αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης, της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και της ημικρανίας. Βασίζονται στην διέγερση ή την καταστολή εστιασμένων περιοχών του εγκεφαλικού φλοιού και ακολούθως στην νευροτροποποίηση των νευρωνικών δικτύων που αυτές εμπλέκονται.

Παρόλο που δεν υπάρχει επίσημη ένδειξη, φαίνεται πως ο NIBS του προμετωπιαίου φλοιού μπορεί να τροποποιήσει την αυξημένη πρόσληψη τροφής. Έχουν γίνει δεκάδες κλινικές δοκιμές και μερικές ανασκοπήσεις και μετα-ανασκοπήσεις, οι οποίες ως επί το πλείστον, τονίζουν τα θετικά αποτελέσματα από την εφαρμογή TMS και tDCS σε ασθενείς με υπερφαγική συμπεριφορά (στα πλαίσια διατροφικής διαταραχής ή αυξημένου BMI). Φαίνεται πως ο προμετωπιαίος φλοιός εμπλέκεται στη συνειδητή πρόσληψη τροφής, τη ρύθμιση της επιθυμίας για κατανάλωση φαγητού και τον παρορμητισμό ως προς αυτήν. Νευροτροποποίηση εστιασμένη σε συγκεκριμένες περιοχές (DLPFC, DMPFC) μπορεί να επηρεάσει την υπερφαγική συμπεριφορά και δευτερογενώς τον BMI.

Η παρουσίαση στο 10ο Ψυχοφαρμακολογικό συνέδριο αποτελεί μια εισαγωγή στα αποτελέσματα μιας ανασκόπησης συστηματικών ανασκοπήσεων (umbrella review) που πραγματοποιείται από τον ομιλητή και άλλους ερευνητές υπό την αιγίδα της Ψυχιατρικής Κλινικής, στα πλαίσια της σύνθεσης της διδακτορικής του διατριβής. Θα παρατεθούν τα πρωτόκολλα που θα ακολουθηθούν για την διατριβή από το ιατρείο TMS της Ψυχιατρικής Κλινικής ΠΓΝΛ για την αντιμετώπιση της υπερφαγίας σε συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών.

Στρογγυλή Τράπεζα 10

Deep Brain Stimulation - DBS και ψύχωση – Παρουσίαση περιστατικού

Η ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ DBS ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Ιωάννης Βελέντζας

ΟΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ DBS

Σέλλακοβιτς Μ.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ DBS

Πανέτσου Χριστίνα, Καρκατούλης Θεόδωρος

Η DBS- Deep Brain Stimulation είναι η ηλεκτρική διέγερση του εγκεφάλου με εμφύτευση ηλεκτροδίου στον πυρήνα του εγκεφάλου που δυσλειτουργεί / πάσχει (π.χ. υποθαλάμικο πυρήνα / subthalamic nucleus STN ή στην χώρα σφαίρα GPi). Το ηλεκτρόδιο συνδέεται με τον νευροδιεγερτή και αποτελείται από την μπαταρία και το ηλεκτρικό κύκλωμα, εμφυτεύεται στο θωρακικό τοίχωμα με σκοπό να δημιουργήσει ένα ηλεκτρομαγνητικό πεδίο, το οποίο θα τροποποιήσει την λειτουργία του πυρήνα. Εφαρμόζεται κυρίως ως θεραπεία στην Ν. Parkinson, είναι όμως αποτελεσματικό και σε άλλες νευρολογικές και ψυχιατρικές παθήσεις, όπως στην Ν. Huntington, στον ιδιοπαθή τρόπο κ.α.

Οι ψυχιατρικές ανεπιθύμητες ενέργειες της DBS είναι αγνώστου αιτιολογίας / μηχανισμού και εκδηλώνονται με εικόνα ντελίριου, μανίας και ψύχωσης. Έχει αναφερθεί στην βιβλιογραφία το Σύνδρομο 'Othello', το οποίο εμφανίζουν συνήθως οι άντρες, σπάνια οι γυναίκες, με παραληρητικές ιδέες ζηλοτυπικού περιεχομένου. Παρόλα αυτά οι ψυχιατρικές παρενέργειες από την DBS είναι σπάνιες και το σημαντικό είναι να αντιμετωπιστούν έγκαιρα και κατάλληλα με αντιψυχωτική αγωγή.

Στην παρούσα ΣΤ θα γίνει παρουσίαση περιστατικού με αιφνίδια έναρξη σοβαρής νευρολογικής συμπτωματολογίας, μη ανταποκρινόμενης στην φαρμακευτική αγωγή, όπου εφαρμόστηκε ηλεκτρική διέγερση εγκεφάλου, Deep Brain Stimulation, με σαφή βελτίωση έως και πλήρη εξάλειψη των νευρολογικών συμπτωμάτων. Όμως, ο ασθενής παρουσίασε σταδιακά επιδεινούμενες διαταραχές συμπεριφοράς, συναισθήματος ακουστικές ψευδαισθήσεις, και παραληρητικές ιδέες μεγαλείου («είμαι θεός») και ιδέες δίωξης.

Οι συμμετέχοντες:

Τσακλακίδου Δόμνα

MSc, Ψυχιάτρος, Διευθύντρια Ψυχιατρικής Κλινικής, Διευθύντρια Ψυχιατρικού Τομέα, ΓΝΑ - «Σισμανόγλειο», Γεν. Γραμματέας Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας - ΕΨΕ, Γεν. Γραμματέας Ελληνικής Ψυχιατροδικαστικής Εταιρείας - ΕΨΔΕ

Dr. Med. Ιωάννης Βελέντζας

Νευρολόγος-Ψυχίατρος, Διευθυντής Νευρολογικής Κλινικής και Κλινικής Νευροφυσιολογίας, Διαγνωστικό, Θεραπευτικό, Ερευνητικό Κέντρο ΙΑΣΩ Μαρούσι

Σέλλακοβιτς Μίριαννα

MSc, Ψυχιάτρος, Συστημική ψυχοθεραπεύτρια, Επιμελήτρια Β ΈΣΥ, Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων - ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»

Καρκατούλης Θεόδωρος

Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων - ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»

Πανέτσου Χριστίνα

Ειδικευόμενη ψυχίατρος, Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων - ΓΝΑ «Σισμανόγλειο»

Στρογγυλή Τράπεζα 11

Καταστροφές και Ψυχική Υγεία

PTSD: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΦΡΑΣΗ

Αγοραστός Θ. Αγοραστός

MD, MSc, PhD, CCBT Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Α.Π.Θ.

Β΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ.

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is the most common psychiatric disorder to arise after exposure to a traumatic event, occurs in 5–10% of the population and is twice as common in women as in men. Since its introduction in the DSM-III in 1980, knowledge has grown significantly regarding its definition criteria, causes, maintaining mechanisms and treatments. Although trauma exposure is the precipitating event for PTSD to develop, biological and psychosocial risk factors are increasingly viewed as predictors of symptom onset, severity and chronicity. Thereby, increasing emphasis is being placed on identifying factors that explain individual differences in responses to trauma and promotion of resilience, such as genetic and social factors, brain developmental processes, cumulative biological and psychological effects of early childhood and other stressful lifetime events. Treatment approaches involve a combination of medications and psychotherapy, with psychotherapy overall showing greatest efficacy. However, although trauma-focused cognitive behavior therapy is the best-validated treatment for PTSD, research has stagnated over recent decades, and only two-thirds of PTSD patients respond adequately to this intervention. In addition, the field of PTSD is currently challenged by fluctuations in diagnostic criteria, which have implications for epidemiological, biological, genetic and treatment studies. The DSM-5 and ICD-11 define the disorder differently, reflecting disagreements in the field about whether the construct of PTSD should encompass a broad array of psychological manifestations that arise after trauma or should be focused more specifically on trauma memory phenomena. This controversy over clarifying the phenotype of PTSD has limited the capacity to identify biomarkers and specific mechanisms of traumatic stress. Identifying processes that can overcome these major barriers to better management of people with PTSD remains an outstanding challenge. However, the advent of new biological methodologies offers the possibility of large-scale approaches to heterogeneous and genetically complex brain disorders, and provides optimism that individualized approaches to diagnosis and treatment will be discovered.

Στρογγυλή Τράπεζα 12

Όψιμη Δυσκινησία και άλλες φαρμακοεπαγόμενες κινητικές διαταραχές. Θεραπευτικοί αλγόριθμοι- Νεότερα δεδομένα

ΑΛΛΕΣ ΟΨΙΜΕΣ ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ευάγγελος Αλεβυζάκης

Ψυχίατρος, Επιμ. Β΄ ΕΣΥ, ΠΓΝ Αττικών

Οι όψιμες κινητικές διαταραχές αποτελούν μια σχετικά συχνή παρενέργεια της μακροχρόνιας αντιψυχωσικής αγωγής. Η πιο συχνή εμφάνισή τους είναι με την εικόνα της όψιμης δυσκινησίας, ωστόσο υπάρχουν και άλλες λιγότερο συχνές εκφάνσεις των διαταραχών αυτών. Οι οποίες συχνά μπορεί και να συνυπάρχουν μαζί με την όψιμη δυσκινησία. Αυτές αποτελούν η όψιμη δυστονία, η όψιμη ακαθισία αλλά και άλλες σπανιότερες κλινικές εικόνες τις οποίες θα περιγράψουμε και θα αναφέρουμε τις πιθανές θεραπευτικές επιλογές που έχουν προταθεί για αυτές.

Στρογγυλή Τράπεζα 13

Ψυχοφαρμακολογικές προκλήσεις στη Διασυνδεδετική Ψυχιατρική

DELIRIUM: ΧΑΜΕΝΟΙ ΣΤΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Νεκτάριος Κράνος

Ψυχίατρος, Επικουρικός Επιμελητής, Διασυνδεδετική Ψυχιατρική, Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

Το Delirium είναι το κλινικό σύνδρομο που ανακύπτει από την απορρύθμιση της λειτουργικής ομοιόστασης του εγκεφάλου από οργανικά αίτια. Η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική συμβάλλει στη διάγνωσή του και στη συμπτωματική θεραπεία του «υπερκινητικού» τύπου ενώ ο «υποκινητικός» τύπος Delirium δεν επιδέχεται φαρμακευτικές αντιμετώπισης. Η αιτιολογική θεραπευτική προσέγγιση του Delirium, όπου αυτή είναι εφικτή, αποτελεί αντικείμενο διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων, χωρίς αυτό να διασφαλίζει πάντοτε την ευνοϊκή του έκβαση αφού ενίοτε μεταπίπτει σε χρονιότητα. Η διάγνωσή του είναι κλινική και στηρίζεται στην παρουσία διαταραχών του περιεχομένου της συνείδησης και όχι του επιπέδου της. Αν το επίπεδο εγρήγορσης δεν είναι ικανοποιητικό για την ανταπόκριση του ασθενούς στα ρητά ερεθίσματα, δεν είναι εφικτή η εκτίμηση των διαταραχών των γνωστικών λειτουργιών η οποία θα θέσει τη διάγνωση του Delirium. Η διαφορική διάγνωση του υποκινητικού Delirium από την κλινικά ομοιάζουσα κατατονία, στηρίζεται στη δοκιμασία της per os χορήγησης 10 mg ζοθιδέμης ή παρεντερικά βενζοδιαζεπινών: αν ο ασθενής «αφυπνιστεί» πρόκειται περί κατατονίας ενώ αν ενυπνιστεί πρόκειται περί Delirium. Κεντρικό ρόλο στην παθοφυσιολογία του Delirium έχουν τα μειωμένα επίπεδα ακετυλοχολίνης και τα αυξημένα επίπεδα ντοπαμίνης. Συνεπώς φάρμακα με αντιχολινεργική δράση δεν πρέπει να χορηγούνται, με εξαίρεση το άτυπο αντιψυχωτικό κουετιαπίνη έως 300 mg στα Deliria της νόσου Πάρκινσον και της άνοιας με σωμάτια Lewy. Από την ομάδα των αντινοπαμινεργικών προτιμάται η αλοπεριδόλη έως 3 mg, χωρίς να αποκλείονται και κάποια άτυπα αντιψυχωτικά. Στην ειδική περίπτωση του Delirium Tremens, στο οποίο εμπλέκεται η αιφνίδια μείωση της δράσης του γ-αμινοβουτυρικού οξέος, θεραπευτικά χορηγούνται βενζοδιαζεπίνες. Το Delirium πέραν του ότι δυνητικά αποτελεί έναν ενδιάμεσο φαινότυπο μίας υποκείμενης νόσου απειλητικής για τη ζωή, μπορεί να εξελιχθεί per se σε εμβροντησία, κώμα, επιληπτικούς σπασμούς, και θάνατο. Επομένως η έγκαιρη ανίχνευσή του είναι πρωταρχικής σημασίας και στηρίζεται σε δύο απλές ερωτήσεις: «Σε τι μέρος βρισκόμαστε;» με την οποία εξετάζεται το γνωστικό πεδίο της επίγνωσης του περιβάλλοντος και «Πείτε τις μέρες τις εβδομάδες ανάποδα ξεκινώντας από την Κυριακή» με την οποία αξιολογείται το γνωστικό πεδίο της προσοχής.

ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΛΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΔΙΕΞΟΔΑ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Γεώργιος Έκτωρ Ασημάδης

Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Α. «Γ.Γεννηματάς»

Η αλληλεπίδραση μεταξύ Ψυχιατρικής και Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, αν και φαινομενικά παράδοξη, είναι πολύ συχνή στο πλαίσιο ενός γενικού νοσοκομείου με αντικείμενο την αντιμετώπιση ενός ευρέος φάσματος διαταραχών που ενσκήπτουν de novo ή προϋπάρχουν της νοσηλείας στην ΜΕΘ. Η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική καλείται να παρέμβει στον ασθενή στην ΜΕΘ με συχνότερα αιτήματα μετά την αποσωλήνωση το delirium, καταθλιπτικά επεισόδια, PTSD, αγχώδεις εκδηλώσεις, διαταραχές ύπνου, και διαταραχές συμπεριφοράς από εγκεφαλική βλάβη. Πολλάκις όμως καλείται να παρέμβει σε αναπάντητα αιτήματα όπως στην πρώιμη ψυχιατρική εκτίμηση του ασθενούς πριν την αποκατάσταση λεκτικής επικοινωνίας ή στην επανέναρξη της ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής στην κατάσταση πλήρους καταστολής με μόνο δεδομένο την διάγνωση που έφερε ο ασθενής προ της εισόδου του στην ΜΕΘ. Τα τελευταία αιτήματα του προσωπικού της ΜΕΘ, τα οποία δεν έχουν βιβλιογραφική απάντηση, καθοδηγούνται κατά βάση από το αίσθημα πίεσης και ανασφάλειας κατά την επαφή με ψυχικά ασθενείς. Στην ψυχοφαρμακολογική θεραπευτική παρέμβαση των παραπάνω καταστάσεων προκύπτουν επίσης πολλές φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές προκλήσεις. Η οδός χορήγησης όταν υπάρχει αδυναμία χορήγησης per os αγωγής, η ανεπαρκής απορρόφηση των per os γαληνικών σκευασμάτων κονιοροποιημένων μέσω ρινογαστρικού σωλήνα, η απουσία από την εγχώρια κυκλοφορία παρεντερικών σκευασμάτων των δραστικών ουσιών, οι περιορισμοί στην επιλογή φαρμακευτικής αγωγής λόγω επηρεασμένης νεφρικής, ηπατικής, καρδιολογικής και αναπνευστικής λειτουργίας αποτελούν κάποιες από αυτές τις προκλήσεις. Ιδιαίτερη φαρμακοδυναμική αναφορά θα γίνει στους "α2 αγωνιστές" λόγω της ευρείας χρήσης τους στην ΜΕΘ ως κατασταθτικών - με πιο διαδεδομένους την δεξμετομιδίνη και την κλονιδίνη - και διότι η κλονιδίνη, με δράση στους α2A, α2B και α2C υποδοχείς, και ο α2 αγωνιστής γουανφασίνη, με δράση στους α2A υποδοχείς, χρησιμοποιούνται όλο και συχνότερα στην ψυχιατρική για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ, του PTSD, της εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής, των διαταραχών συμπεριφοράς, και στο σύνδρομο Tourette.

ΕΞΩΠΥΡΑΜΙΔΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ

Γεώργιος Μαρούσης

Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Α «Γ. Γεννηματάς»

Τα σύνδρομα Parkinson-plus (άτυπα παρκινσονικά σύνδρομα), όπως και η νόσος Parkinson, είναι νευροεκφυλιστικά εξωπυραμδικά νοσήματα τα οποία όταν απαιτούν αντιψυχωτική θεραπεία μας οδηγούν σε θεραπευτικά αδιέξοδα. Τα σύνδρομα Parkinson-plus είναι η Άνοια με σωμάτια [Lewy](#), η [Φλοιοβασική εκφύλιση](#), η [Προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση](#), και η [Πολυσυστηματική ατροφία](#). Μεταξύ άλλων θα παρουσιαστούν οι ψυχιατρικές ανεπιθύμητες ενέργειες της L-dopa κατά τη θεραπεία τους και οι τρόποι αντιμετώπισης αυτών, καθώς και η αλληλεπίδραση των αντιψυχωτικών με την L-dopa σε ασθενείς με άτυπα παρκινσονικά σύνδρομα. Από την άλλη, στις κληρονομικές εκφυλιστικές παθήσεις με συμμετοχή του εξωπυραμδικού και παράλληλα ψυχιατρικές εκδηλώσεις συγκαταλέγεται ένα πλήθος γενετικών νοσημάτων μεταξύ των οποίων είναι η [Νόσος Wilson](#), η [Νόσος Huntington](#), η Νόσος Segawa (Dopa-responsive Dystonia), οι Νωτιαιοπαρεγκεφαλιδικές αταξίες 1-3. Με αφετηρία την χρήση της τετραβεναζίνης στη Νόσο Huntington θα εξεταστεί ο ρόλος της στην θεραπεία των “εξωπυραμδικών” ανεπιθύμητων δράσεων των αντιψυχωτικών και ο λόγος που αυτή υποχρησιμοποιείται για το σκοπό αυτό, ειδικά από τη στιγμή που η δευτερομένη μορφή (δευτετετραβεναζίνη) αυτού του αναστολέα VMAT έχει λάβει έγκριση από τον FDA για τη θεραπεία της όψιμης δυσκινησίας.

ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ HIV ΑΣΘΕΝΗ

Αικατερίνη Φωτοπούλου- Λιοσάτου

Ειδικευόμενη Ψυχιατρικής, Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Τα τελευταία έτη η έρευνα και ανάπτυξη νέων θεραπειών που αφορούν τον HIV σημειώνουν μεγάλη πρόοδο, βελτιώνοντας το προσδόκιμο επιβίωσης και την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών. Ωστόσο παραμένει σε υψηλά ποσοστά η υποδιάγνωση και η ανεπαρκής θεραπεία των νευροψυχιατρικών εκδηλώσεων στον HIV ασθενή. Η κατάθλιψη, διατηρεί έναν υψηλό επιπολασμό 22-45% σε αυτή την ομάδα ασθενών και η έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της σχετίζεται άμεσα με θετική πρόγνωση αφού η συννόσηση οδηγεί σε πτωχή αναζήτηση θεραπείας και έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής. Οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάχρηση ουσιών καθώς και η αυτοκτονία αποτελούν επίσης συχνές ψυχιατρικές νοσολογίες στον HIV ασθενή, ενώ ταυτόχρονα η εκ των προτέρων ύπαρξη ψυχιατρικής νόσου όπως διπολική διαταραχή, ψυχωσική συνδρομή, και η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών οδηγεί σε αυξημένες δυσκολίες ως προς την συμμόρφωση και θεραπεία. Παράλληλα οι νευρογνωστικές διαταραχές, από την ήπια γνωσιακή διαταραχή έως την HIV άνοια, αποτελούν πρόκληση όσον αφορά την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική αντιμετώπιση τους. Η χρήση διεγερτικών φαρμακολογικών ουσιών όπως η μεθυλφαινιδάτη στο σπαθητικό σύνδρομο έχουν αναδείξει υποσχόμενα αποτελέσματα. Ιδιαίτερη μνεία αξίζει να γίνει για την "μανία HIV" που ενίοτε συνυπάρχει σε προχωρημένη νόσο. Οι ψυχιατρικές ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιρετροϊκών φαρμάκων αποτελούν ένα ακόμη αίτιο της νευροψυχιατρικής συμπτωματολογίας, αναδεικνύοντας την ανάγκη για επαρκέστερη γνώση των σύγχρονων αντιρετροϊκών θεραπειών. Οι συχνές και εκτεταμένες φαρμακολογικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ψυχοτρόπων φαρμάκων και της αντιρετροϊκής αγωγής αποτελούν επίσης μία πρόκληση στην ομάδα αυτή των ασθενών. Για τους λόγους αυτούς, και καθώς οι δυνατότητες ψυχοφαρμακολογικών παρεμβάσεων οι οποίες δύναται να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των HIV ασθενών είναι σημαντικές, απαιτείται μία ενδελεχής γνώση τους.

ΟΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Θεόδωρος Καραμπίνας

Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου απαιτεί διεπιστημονική συνεργασία στην οποία η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική έχει μείζονα συμβολή και ως εκ τούτου είναι σημαντική η κατανόηση των μηχανισμών και των οδών του πόνου στο οποίο μπορεί να παρέμβει ψυχοφαρμακολογικά. Για το σκοπό αυτό θα παρουσιαστούν τα εξής κομβικά σημεία: Τα είδη του πόνου και η φυσιολογία του, το σύνολο των ψυχοφαρμακολογικών παρεμβάσεων που χρησιμοποιούνται στη διαχείριση του πόνου, οι παθολογικές νόσοι που σχετίζονται με τον χρόνιο πόνο και συναντάμε συνήθως στην Διασυνδεδετική Ψυχιατρική, οι δυνητικοί κίνδυνοι, οι παρενέργειες και οι περιορισμοί στη συγχορήγηση πολλαπλών σκευασμάτων. Επίσης, θα παρουσιαστούν η αποτελεσματικότητα της ψυχοφαρμακολογίας στη διαχείριση του πόνου και οι μελλοντικές τάσεις και εξελίξεις στη φαρμακολογία του πόνου. Εκτός από τα οπιοειδή, τα οποία χορηγούνται από άλλες ειδικότητες πόνου, στην ψυχοφαρμακολογική φαρέτρα της αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου διαθέτουμε τα SNRIs, τα SSRIs, τα TCAs, τα αντιεπιληπτικά, και πιο πρόσφατα τα κανναβιδοειδή. Η έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία του πόνου μπορεί να προλάβει την ανάπτυξη χρόνιων επίμονων επώδυνων καταστάσεων εμποδίζοντας την ικανότητα των επώδυνων εμπειριών να αποτυπωθούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και μη επιτρέποντας την ενεργοποίηση της κεντρικής ευαισθητοποίησης. Στο σύγχρονο κόσμο όπου ο πόνος επιφέρει μακροχρόνιες και ποικίλες επιπτώσεις, η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική επιδεικνύει μια πολυδιάστατη προσέγγιση στη διαχείριση του πόνου και στην αλληλεπίδραση "σώματος" και "νου".



**Περιλήψεις
e-Posters**

10^ο Ψυχοφαρμακολογικό Συνέδριο

EP1.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΠΑΝΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Χρήστος Τερνιώτης ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, Γ.Ν. Αιτωλοακαρνανίας - Ν.Μ. Αγρινίου - Κ.Ψ.Υ Αγρινίου, Αγρίνιο

Εισαγωγή: Η Διαταραχή κρίσεων πανικού είναι μία κλινική εικόνα που κυρίως απαντάται στους ανηλίκους στην εφηβεία. Τα παιδιά ειδικότερα που φοιτούν στο Γυμνάσιο, κυρίως λόγω της μετάβασής τους από την παιδική, στην εφηβική ηλικία δείχνουν να πλήττονται περισσότερο από τη συγκεκριμένη κατάσταση.

Σκοπός: Η παρούσα έρευνα έχει σκοπό να καταγράψει την ανταπόκριση των εφήβων με Διαταραχή Κρίσεων Πανικού, σε ψυχοθεραπευτικές και κυρίως σε φαρμακευτικές παρεμβάσεις.

Μέθοδος: Εξετάστηκε δείγμα 20 εφήβων σε εύρος ηλικιών από 12 έως 18 ετών, μ.ο. ηλικίας τα 14,5 έτη, που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια. Χορηγήθηκαν εσιταλοπράμη και σετραλίνη σε πρώτη φάση. Βενλφαξίνη (XR) προστέθηκε σε δεύτερο στάδιο επικουρικά στην ήδη υπάρχουσα αγωγή όταν απαιτήθηκε, και κατά περίπτωση αγχολυτικά. Το σύνολο των εφήβων αξιολογήθηκε σε χρονικό διάστημα έξι μηνών.

Αποτελέσματα: Σε 8 εφήβους χορηγήθηκε σετραλίνη, ποσοστό του δείγματος, 40%, με μέση δόση χορήγησης τα 170 mg. Σε 12 εφήβους, ποσοστό 60% χορηγήθηκε εσιταλοπράμη με μέση δόση τα 15 mg. Η βενλφαξίνη προστέθηκε στις ήδη χορηγούμενες ουσίες σε 7 περιπτώσεις, 35%, στις 5 από αυτές με θεραπεία ήδη με σετραλίνη, 63% των περιστατικών που τη λάμβαναν, μέση δόση 130 mg, και στις 2 περιπτώσεις με θεραπεία με εσιταλοπράμη, 17% των περιστατικών που τη λάμβαναν, μέση δόση 100 mg. Αγχολυτικά χορηγήθηκαν για βραχύ διάστημα τριών μηνών σε 13 άτομα του δείγματος, 65%. Το σύνολο υποστηρίχθηκε με ψυχοθεραπευτικές μεθόδους.

Συμπεράσματα: Αμφότερες σετραλίνη και εσιταλοπράμη δείχνουν να επιτυγχάνουν αποτελέσματα σε ποσοστά άνω του 75% της μέγιστης ημερήσιας δόσης. Επίσης η σετραλίνη δείχνει να υπολείπεται σε αποτελεσματικότητα στη μονοθεραπεία της εσιταλοπράμης, καθότι σε μεγαλύτερο ποσοστό απαιτήθηκε συγχορήγηση με βενλφαξίνη και μεγαλύτερη μέση δοσολογία αυτής. Το σύνολο του δείγματος, με διαφορετικά σχήματα ή συνδυασμούς, ανταποκρίθηκε πλήρως στη χορήγηση της αγωγής, αποδεικνύοντας την αποτελεσματικότητα των ουσιών χορήγησης στην εφηβεία στη Διαταραχή Κρίσεων Πανικού.

EP2.

**Η ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΒΑΛΗΠΡΟΪΚΟΥ ΝΑΤΡΙΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ
ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ**

Χρήστος Τερνιώτης ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, Γ.Ν. Αιτωλοακαρνανίας - Ν.Μ. Αγρινίου - Κ.Ψ.Υ Αγρινίου, Αγρίνιο

Εισαγωγή: Η χρήση του βαλπροϊκού νατρίου ως σταθεροποιητή συναισθήματος αποτελεί καθημερινή πρακτική στην κλινική πράξη. Στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος η συχορήγησή με άτυπα αντιψυχωτικά, βρίσκει έδαφος για τον έλεγχο συμπεριφορών και επιμέρους συμπτωματολογίας.

Σκοπός: Η παρούσα έρευνα έχει σκοπό να καταδείξει τη χρησιμότητα του βαλπροϊκού νατρίου στη μείωση της επιθετικότητας και βελτίωση επιμέρους στοιχείων συμπεριφοράς σε παιδιά και εφήβους στο φάσμα του Αυτισμού.

Μέθοδος: Σε δείγμα 30 παιδιών και εφήβων με διάγνωση Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος και ψυχοκινητική ανησυχία, χορηγήθηκαν άτυπα αντιψυχωτικά, αριπιπραζόλη, κουετιαπίνη, ρισπεριδόνη, στο σύνολό τους και στα 12 από αυτά, ποσοστό 40%, συχορηγήθηκε βαλπροϊκό νάτριο όταν ο έλεγχος συμπεριφορών δεν ήταν ο προσδοκώμενος από την ήδη υπάρχουσα φαρμακευτική παρέμβαση.

Αποτελέσματα: Τα περιστατικά που έλαβαν βαλπροϊκό νάτριο στο σύνολό τους παρουσίασαν μείωση στην επιθετική συμπεριφορά, βελτίωση σε στερεοτυπικές συμπεριφορές, ύφεση σε εμμονές και καλύτερη ανταπόκριση στο συναίσθημα. Η μέση δοσολογία που ανταποκρίθηκαν ήταν τα 1250 mg σε ημερήσια δόση και τα μέσα επίπεδα ανίχνευσης του βαλπροϊκού νατρίου ήταν στα 105 µg/ml.

Συμπεράσματα: Το βαλπροϊκό νάτριο έχει σε μεγάλο ποσοστό εφαρμογή και πλήρη αποτελεσματικότητα στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, σε παιδιά και εφήβους που η χορήγηση αντιψυχωτικού δεν είναι ικανή από μόνη της να ελέγξει τη συμπτωματολογία. Η αποτελεσματικότητα της χρήσης του συνδέεται με τα επίπεδα ανίχνευσής του που, όπως καταδεικνύει το δείγμα, χρειάζεται να είναι υψηλά, ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τη βελτίωση της κλινικής εικόνας.

EP3.

ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΑΝΗΔΟΝΙΑ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Χρήστος Τερνιώτης ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, Γ.Ν. Αιτωλοακαρνανίας - Ν.Μ. Αγρινίου - Κ.Ψ.Υ Αγρινίου, Αγρίνιο

Εισαγωγή: Το αίσθημα ανηδονίας στη μείζονα κατάθλιψη αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα, ακόμα και έπειτα από τη χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής και ειδικότερα στην εφηβεία.

Σκοπός: Η παρούσα έρευνα έχει σκοπό να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα της σερτραλίνης, εσιταλοπράμης, μιρταζαπίνης και βορτιοξετίνης, όσο αφορά της βελτίωση του αισθήματος ικανοποίησης και τη μείωση της ανηδονίας, ακόμα και όταν η γενικότερη κλινική εικόνα σε εφήβους με μείζονα κατάθλιψη καταγράφεται σε ύφεση.

Μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 35 έφηβοι, με μ.ο ηλικίας τα 15,5 έτη που είχαν διαγνωστεί με μείζονα κατάθλιψη. Όλοι λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή τουλάχιστον για έξι μήνες. Ειδικότερα κλήθηκαν να αξιολογήσουν οι ίδιοι κατά πόσο το αίσθημα ικανοποίησης και ηδονής που ένιωθαν στην καθημερινότητά τους, συμβάδιζε με τη γενικότερη κλινική τους εικόνα που ήταν βελτιωμένη.

Αποτελέσματα: Από το συνολικό δείγμα, σερτραλίνη λάμβαναν 6 άτομα, ποσοστό 17%, εσιταλοπράμη λάμβαναν 9 άτομα, ποσοστό 26%, μιρταζαπίνη λάμβαναν 8 άτομα, ποσοστό 23% και βορτιοξετίνη λάμβαναν 12 άτομα, ποσοστό 34%. Από το δείγμα της σερτραλίνης 4 άτομα, ποσοστό 67%, ανέφεραν ακόμα αίσθημα ανηδονίας παρά την κινητοποίηση και βελτίωση της συμπτωματολογίας τους. Στο δείγμα της εσιταλοπράμης, 5 άτομα, ποσοστό 56%, ανέφεραν ανηδονία. Στο δείγμα της μιρταζαπίνης, τα άτομα ήταν 3, ποσοστό 38%, με την ίδια αναφορά. Τέλος στο δείγμα της βορτιοξετίνης, τα άτομα ήταν 3, ποσοστό 25%. Στο σύνολο του δείγματος ήταν 15 άτομα, ποσοστό 43%.

Συμπεράσματα: Σε μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο στην εφηβεία, ακόμα και μετά τη βελτίωση των συμπτωμάτων, το αίσθημα της ανηδονίας αναφέρεται σε αρκετά υψηλό ποσοστό στις αυτοαναφορές αξιολόγησης των ατόμων. Η βορτιοξετίνη δείχνει να υπερέχει στο συγκεκριμένο πεδίο με μικρότερα ποσοστά ανθεκτικότητας των περιστατικών στην ανηδονία και ακολουθούν κατά σειρά η μιρταζαπίνη, η εσιταλοπράμη και η σερτραλίνη.

EP4.

ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΛΟΥΡΑΣΙΔΟΝΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΙΠΡΑΖΙΝΗΣ ΣΕ ΠΡΩΤΟ ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Χρήστος Τερνιώτης ⁽¹⁾

(1) Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, Γ.Ν. Αιτωλοακαρνανίας - Ν.Μ. Αγρινίου - Κ.Ψ.Υ Αγρινίου, Αγρίνιο

Εισαγωγή: Το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο στην εφηβεία είναι αποφασιστικής σημασίας για την ποιότητα ζωής του εφήβου. Η άμεση και βέλτιστη αντιμετώπιση θα καθορίσει επίσης την πρόγνωση και διάγνωση της κλινικής του εικόνας σε βάθος χρόνου.

Σκοπός: Η παρούσα έρευνα έχει σκοπό να καταδείξει την αποτελεσματικότητα της λουρασιδόνης και της καριπραζίνης στη βελτίωση της θετικής συμπτωματολογίας στην ομάδα ελέγχου.

Μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 15 έφηβοι, ηλικίας από 14 έως 17 ετών, με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Το σύνολο των ατόμων που εξετάστηκαν, ανέφερε συμπτωματολογία με ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις καθώς και παρανοειδή ιδεασμό. Έγινε πλήρης αξιολόγηση με λήψη ιστορικού, κλινική συνέντευξη και χορήγηση λουρασιδόνης ή καριπραζίνης με ελάχιστο διάστημα λήψης της αγωγής τους έξι μήνες.

Αποτελέσματα: Σε 8 εφήβους χορηγήθηκε λουρασιδόνη και στους άλλους 7 καριπραζίνη. Η δοσολογία χορήγησης της λουρασιδόνης στο σύνολο του δείγματος ήταν στα 74 mg σε ημερήσια δόση εφάπαξ. Αντίστοιχα, η δοσολογία της καριπραζίνης ήταν σε μέση ημερήσια δόση στα 3,5 mg εφάπαξ. Υπήρξε σε βάθος εξαμήνου αξιολόγηση των χορηγούμενων ουσιών και δόσεων. Στην ομάδα της λουρασιδόνης είχαμε ύφεση σε 6 από αυτούς, ποσοστό 75%, των οπτικών και ακουστικών ψευδαισθήσεων και ύφεση σε 4, ποσοστό 50%, του παρανοειδή ιδεασμού. Αντίστοιχα στην ομάδα της καριπραζίνης είχαμε ύφεση σε 5 άτομα, ποσοστό 71%, στις οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις και ύφεση σε 4 άτομα, ποσοστό 57%, του παρανοειδή ιδεασμού.

Συμπεράσματα: Αμφότερες η λουρασιδόνη και η καριπραζίνη δείχνουν να έχουν καλή ανταπόκριση στο πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο στην εφηβεία με παρόμοια ποσοστά στη μείωση των θετικών συμπτωμάτων.

EP5.

**ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΛΟΖΑΠΙΝΗΣ ΜΕ ΜΑΚΡΑΣ ΔΡΑΣΗΣ ΕΝΕΣΙΜΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΑ:
ΑΞΙΖΕΙ;**

Αντώνης Παρασχάκης¹, Γιάννης Καμπούρας²

¹ Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί», Χαϊδάρι, Αττική

² Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δαφνί», Χαϊδάρι, Αττική

Εισαγωγή: 40-70% των ασθενών με ανθεκτική σχιζοφρένεια παρουσιάζουν πτωχή ανταπόκριση στην κλοζαπίνη (με καλό επίπεδο στο αίμα για τουλάχιστον 3 μήνες, πληρώνοντας τα κριτήρια για «ανθεκτική στην κλοζαπίνη σχιζοφρένεια»). Πρόκειται για ασθενείς με σοβαρή ψυχοπαθολογία, επιθετικότητα, συχνές υποτροπές και μακρές νοσηλείες. Το οικονομικό κόστος, αναπόδραστα, βαρύ. Η προταθείσα συγχορήγηση μακράς δράσης ενέσιμου αντιψυχωτικού (ΜΔΕΑ) με κλοζαπίνη σκοπό έχει να αντιμετωπίσει την ανθεκτικότητα και τη μη-προσήλωση στην αγωγή, ταυτόχρονα.

Σκοπός: Να διερευνήσουμε αν το συγκεκριμένος συνδυασμός αποδίδει.

Μέθοδος: Ανασκόπηση (PubMed).

Αποτελέσματα: Οι μελέτες είναι λίγες (οι συγκεκριμένοι ασθενείς δύσκολα άλλωστε μελετώνται). Στις περισσότερες [κυρίως «καθρεπτικές» ("mirror studies") & αναφορές περιπτώσεων], η συγχορήγηση φαίνεται καλώς ανεκτή, με ικανοποιητικά αποτελέσματα σε επιθετικότητα, αυτοκτονικότητα και κοινωνική λειτουργικότητα, χωρίς ιδιαίτερες παρενέργειες, ούτε επιδείνωση των παρενεργειών της κλοζαπίνης. Ο αριθμός των νοσηλείων και η διάρκεια τους τούς 6 μήνες (έως 2 έτη) μετά την έναρξη του συνδυασμού φαίνονται μειωμένες. Παράπλευρα κέρδη, η δυνατότητα ελάττωσης της δόσης της κλοζαπίνης ή και των 2 αντιψυχωτικών ταυτόχρονα, η μείωση/διακοπή έτερων σκευασμάτων (π.χ. βενζοδιαζεπίνες, σταθεροποιητές του συναισθήματος), η «εξασφάλιση» της λήψης κάποιας τουλάχιστον θεραπείας και η ακόμα πυκνότερη επαφή με επαγγελματίες υγείας (για τη χορήγηση του ενεσίμου). Αναφέρεται συχνότερη λήψη αντιχολινεργικών στην ομάδα της συγχορήγησης αφού οι εξωπυραμιδικές παρενέργειες τις οποίες αντιμετωπίζουν προκαλούνται κατ' εξοχήν από τα ΜΔΕΑ. Τέλος, ο/η ασθενής προστατεύεται περισσότερο από μια βαριά υποτροπή που θα μπορούσε να προκαλέσει η απότομη διακοπή τυχόν μονοθεραπείας με κλοζαπίνη. Τα ΜΔΕΑ που έχουν χορηγηθεί είναι εκείνα της ρισπεριδόνης, της παλιπεριδόνης, της αριπιπραζόλης, της περφαιναζίνης και της φλουφαιναζίνης.

Συμπεράσματα: Ο συνδυασμός κλοζαπίνης με ΜΔΕΑ φαίνεται αποτελεσματικός σε μια ειδική κατηγορία ασθενών με ανθεκτική στην κλοζαπίνη σχιζοφρένεια, όπου και τυχόν μικρή βελτίωση είναι ζητούμενο. Η δυσκολία πραγματοποίησης μακρόπνοων, διπλά τυφλά ελεγχόμενων μελετών σε αυτόν τον πληθυσμό καλό είναι να μην αποθαρρύνει τη χρήση του, εφόσον φαίνεται κατ' ελάχιστον ασφαλής και μάλιστα υποσχόμενος.

EP6.

**ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΒΑΜΠΙΡΙΣΜΟΣ (RENFIELD SYNDROME) ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 72 ΕΤΩΝ:
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

¹Εμμανουήλ Καπίρης, ¹Καλογηράτος Γεράσιμος, ¹Μαΐλη Ισμήνη
¹Ψυχίατρος, ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο, Χαϊδάρι Αττικής

Εισαγωγή: Ο κλινικός βαμπιρισμός (Renfield Syndrome) είναι μία εξαιρετικά σπάνια διαταραχή για την οποία παγκοσμίως έχουν περιγραφεί περιστατικά που δεν ξεπερνάνε τον διψήφιο αριθμό στο σύνολο. Έχει προταθεί ταξινόμηση που τον κατηγοριοποιεί σε: α) πλήρη βαμπιρισμό με καταλάνωση ωμής σάρκας ή αίματος, β) βαμπιρισμό χωρίς βρώση σάρκας/αίματος αλλά με ερωτική συμπεριφορά προς αυτά (νεκροφιλία), γ) βαμπιρισμό χωρίς να εμπλέκεται το νεκρό στοιχείο και δ) αυτοβαμπιρισμό που υποδιαιρείται σε αυτοαιμορραγικές ή ετεροαιμορραγικές συμπεριφορές και κατάποση των προϊόντων και σε αυτοαιμοφετιχισμό κατά τον οποίο διεγείρονται από την εικόνα αίματος.

Σκοπός: Η εξαιρετική σπανιότητα αυτού του κλινικού φαινομένου το έχει καταστήσει σχεδόν αδύνατο να συμπεριληφθεί στα διαγνωστικά εγχειρίδια ψυχιατρικής καθώς δεν υπάρχουν ανάλογες περιπτώσεις ούτως ώστε να αποτελέσουν ένα ικανό στατιστικό δείγμα μελέτης. Συνεπώς η καταγραφή και η φαινομενολογία ενός τέτοιου περιστατικού είναι σημαντική.

Μέθοδος: Το περιστατικό μας αφορά μία γυναίκα, 76 ετών, που προσήλθε για εξέταση με εισαγγελική παραγγελία μετά από αναφορές των περίοικων για ασυνήθιστη συμπεριφορά. Η ασθενής συνέληθε φρέσκο αίμα ιχθύων που είχε αγοράσει πριν, από τοπική ιχθυόσκαλα της ελληνικής περιφέρειας, και το κατανάλωνε ωμό. Παράλληλα περιγραφόταν πως προκαλούσε εκδορές με νύσσον όργανο στην εμπρόσθια μηριαία επιφάνεια συλλέγοντας το αίμα με κουτάλι που παράλληλα κατανάλωνε. Οι συμπεριφορές αυτές εκδηλώνονταν στον υπαίθριο χώρο μονοκατοικίας, που είχε νοικιάσει, προ έτους, ερχόμενη από τη Γερμανία, και είχαν δηλωθεί ενόρκως ως καταθέσεις από μία σειρά γειτόνων. Η ασθενής εισήχθη στο γηροψυχιατρικό τμήμα Γεμέλειο και νοσηλεύθηκε για 18 ημέρες. Ετέθη σε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο με εξετάσεις περιφερικού αίματος (γενική και βιοχημικό), απεικόνιση CT εγκεφάλου, ΗΚΓ, νευροψυχολογικό έλεγχο και καθημερινή κλινική αξιολόγηση.

Αποτελέσματα: Η ασθενής στις αρχές της νοσηλείας της παρουσίασε έντονο αρνητισμό και καχυποψία προς τους θεράποντες και παρανοϊκό ιδεασμό. Η νοσηλευόμενη παραδέχθηκε την συμπεριφορά του μεικτού βαμπιρισμού, με ζωοφαγία και αυτοβαμπιρισμό, από τα μισά της νοσηλείας της χωρίς να προσδίδει σε αυτή την συμπεριφορά ερωτική χροιά, αλλά δίνοντας την εξήγηση της λήψης δύναμης μέσω του αίματος που κατανάλωνε. Από τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο ευρέθη ήπια σιδηροπενική αναιμία και αφυδάτωση (Hgb: 10.4g/dL, Hct: 29.7%, Fe ορού 40μg/dl, Ur: 76mg/dl, Cr: 1.17mg/dl) τα οποία διορθώθηκαν με έντονη ενυδάτωση και σίτιση. MMSE 26/30 & CT brain αρνητική. Ετέθη σε αλοπεριδόλη 5mg πρωί-βράδυ, για 3 ημέρες και εν συνεχεία έγινε αλλαγή σε ρισπεριδόνη 2mg μία φορά την ημέρα με την οποία και εξήλθε.

Συμπεράσματα: Η παρουσίαση του περιστατικού μας αποτελεί άλλη μία περίπτωση που μπορεί να δώσει δεδομένα για αυτή την διαταραχή που παραμένει ανάμεσα στις παρυφές της μυθιστορηματικής λογοτεχνίας και της καθημερινής κλινικής πράξης, αλλά και για την θεραπεία της, καθώς η μορφή που αντιμετωπίσαμε βελτιώθηκε με την χορήγηση αντιψυχωτικών.

EP7.

Η ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Δημητρίου Α.¹, Χαντζής Ι.², Κατσαράκη Μ¹., Χρήστου Χ.¹, Τσουρίδη Ο.¹, Σπινάρης Β.¹

¹ Γ. Νοσοκομείο Νίκαιας, Πειραιά "Αγ. Παντελεήμων" - Γ.Ν. Δυτικής Αττικής "Η Αγ. Βαρβάρα", Ψυχιατρικός Τομέας

² Γ.Ν. Δυτικής Αττικής "Η Αγ. Βαρβάρα", Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

Εισαγωγή: Οι νεφροί συμμετέχουν στην αποβολή διαφόρων ουσιών από το αίμα. Στη χρόνια νεφρική νόσο παρουσιάζεται μειωμένη ικανότητα απέκκρισης των φαρμάκων και των μεταβολιτών τους, με αποτέλεσμα να συσσωρεύονται στο αίμα, ενώ άλλα απομακρύνονται μέσω της αιμοκάθαρσης. Η χρήση φαρμάκων σε ασθενείς με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία χρήζει προσεκτικής αξιολόγησης, αφενός διότι πολλά φάρμακα είναι νεφροτοξικά και αφετέρου διότι η φαρμακοκινητική (απορρόφηση, κατανομή, μεταβολισμός, απέκκριση) των σκευασμάτων αυτών μεταβάλλεται.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας, είναι να μελετηθούν τα κλινικά ευρήματα, που σχετίζονται με τις επιπτώσεις των ψυχιατρικών φαρμάκων σε ασθενείς με νεφρική νόσο, δεδομένου ότι το χρόνιο αυτό πρόβλημα υγείας έχει άμεσο αντίκτυπο στον ψυχισμό του ασθενούς και συνδέεται με ψυχιατρικές παθήσεις όπως οι συναισθηματικές και οι αγχώδεις διαταραχές.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε ανάλυση δευτερογενών δεδομένων, μέσω της μεθόδου της συστηματικής ανασκόπησης. Χρησιμοποιήθηκαν επιστημονικά βιβλία, πρωτότυπες μελέτες και βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν οι ηλεκτρονικές βάσεις PubMed και Google Scholar.

Αποτελέσματα: Καθίσταται πολύ σημαντικός ο υπολογισμός του δείκτη GFR για τον υπολογισμό του βαθμού νεφρικής ανεπάρκειας του ασθενούς, πριν τη χορήγηση οποιουδήποτε ψυχιατρικού σκευάσματος. Ανάλογα με την κατηγορία του φαρμάκου (αντιψυχωσικά, αντικαταθλιπτικά, σταθεροποιητές διάθεσης, αγχολυτικά, υπναγωγά, αντιανοϊκά), υπάρχει δυνατότητα επιλογής ανάλογου σκευάσματος, του οποίου οι δραστικές ουσίες έχουν αποδειχθεί πιο αποτελεσματικές και ασφαλείς για τους νεφρούς λόγω της φαρμακοκινητικής τους δράσης.

Συμπεράσματα: Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι (i) η νεφρική νόσος σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση ψυχικών παθήσεων, (ii) στην κλινική πρακτική υπάρχουν σαφείς κανόνες στη χορήγηση ψυχιατρικών φαρμάκων σε ασθενείς με μειωμένη νεφρική λειτουργία, (iii) οι κλινικοί γιατροί οφείλουν να είναι καλοί γνώστες της φαρμακοκινητικής των ψυχιατρικών σκευασμάτων (iv) πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψιν η αυξημένη συννοσηρότητα ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια με άλλες οργανικές παθήσεις, που μπορεί να επηρεάσουν τη δράση των ψυχιατρικών φαρμάκων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης ή τα καρδιολογικά νοσήματα.

Λέξεις κλειδιά: νεφρική ανεπάρκεια, ψυχικές παθήσεις, φαρμακοκινητική

EP8

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΝΕΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ: ΣΤΟΧΕΥΟΝΤΑΣ ΚΟΙΝΑ ΝΕΥΡΟΧΗΜΙΚΑ ΜΟΝΟΠΑΤΙΑ

Θεοφάνης Αλεξανδρής

Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν παγκόσμιο ζήτημα δημόσιας υγείας, με εκατομμύρια ανθρώπους να πλήττονται από αυτές. Παρά την ύπαρξη φαρμάκων, η ανάγκη για στοχευμένες θεραπείες με λιγότερες παρενέργειες παραμένει κρίσιμη.

Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να εξετάσει πώς η κατανόηση των κοινών νευροχημικών μονοπατιών που συμμετέχουν σε διαφορετικές ψυχικές διαταραχές -και συγκεκριμένα στην κατάθλιψη, την διπολική διαταραχή και την σχιζοφρένεια- μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη φαρμακολογικών παρεμβάσεων με αυξημένη αποτελεσματικότητα.

Μέθοδος: Η εργασία βασίζεται σε ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Κοινά νευροχημικά μονοπάτια εμπλέκονται στην κατάθλιψη, την διπολική διαταραχή και την σχιζοφρένεια, με διαταραχές σε ίδια συστήματα νευροδιαβίβασης να προκαλούν διαφορετική συμπτωματολογία.

Συμπεράσματα: Η καλύτερη κατανόηση των κοινών νευροχημικών μονοπατιών μεταξύ των κύριων ψυχικών διαταραχών, συνιστά απαραίτητη για την εξατομίκευση της θεραπείας, με βάση περαιτέρω γενετικά και νευροβιολογικά δεδομένα.

EP09.

ΤΟ ΒΟΤΑΝΟ ΤΟΥ ΑΓΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗ

**Χ. Ιστίκογλου¹, Ν. Παναγιωτόπουλος¹, Ε. Ανδρέου¹, Ι. Ριζάβας², Ν. Λαμπράκη¹, Δ. Μούσδη¹,
Γ. Μαυρίδης¹, Δ. Αβραμίδης¹, Δ. Κεντρωτή¹**

¹Ψυχιατρικό Τμήμα, ΓΝ Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»-Πατησίων

²Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ) «Δαφνί»

Εισαγωγή: Το βότανο του Αγίου Ιωάννη (St. John's wort) είναι γνωστό από την εποχή του Ιπποκράτη, γνωστό και ως Υπερικόν.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να αναδειχθεί η αντικαταθλιπτική δράση του βοτάνου στην ήπια και μέτρια κατάθλιψη.

Μέθοδος: Μελετήθηκε η βιβλιογραφία από το PubMed.

Αποτελέσματα: Το βότανο του Αγίου Ιωάννη αποτελείται από την υπερικίνη, την υπερφορίνη, ταννίνες και φλεβονοειδή. Χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία της ήπιας και της μέτριας κατάθλιψης, της αγχώδους διαταραχής, της διαταραχής στην αρχιτεκτονική του ύπνου, στην ινομαλγία και σε άλλες παθήσεις. Αρχικά είχε χρησιμοποιηθεί ως επούλωτικό κυρίως την εποχή των Σταυροφοριών. Χρησιμοποιήθηκε από τον Παράκελσο, ιατρό και φαρμακολόγο της εποχής του Διαφωτισμού. Είναι ισχυρός επαγωγέας του ενζυμικού συστήματος P450 και χρειάζεται προσοχή στη συγχορήγηση με άλλα φάρμακα.

Συμπεράσματα: Το βότανο του Αγίου Ιωάννη έχει σαφή αντικαταθλιπτική δράση στην ήπια και μέτρια κατάθλιψη καθώς και σε άλλες εφαρμογές. Δρα σαν αναστολέας της Μονοαμινοξειδάση (ΜΑΟΙ).

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. Ιστίκογλου Χ. Ιστορία και θεραπευτικές ιδιότητες του *Hypericum Perforatum* από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα. Διδακτορική Διατριβή, Ιωάννινα 2008.
2. Bloomfield H, Nordfors M, McWilliams P. *Hypericum and Depression*. Los Angeles, CA, Prelude Press, 1996.

EP10.

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΒΟΡΤΙΟΞΕΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΒΟΤΑΝΟΥ ΤΟΥ ΑΓΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗ
ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΟΒΑΡΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

**Χ. Ιστίκογλου¹, Ε. Ανδρέου¹, Ν. Παναγιωτόπουλος¹, Ι. Ριζάβας², Ν. Λαμπράκη¹, Δ. Μούσδη¹,
Γ. Μαυρίδης¹, Δ. Αβραμίδης¹, Δ. Κεντρωτή¹**

¹Ψυχιατρικό Τμήμα, ΓΝ Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»-Πατησίων

²Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ) «Δαφνί»

Εισαγωγή: Η βορτιοξετίνη είναι το νεώτερο αντικαταθλιπτικό με διπλή δράση (αναστολέας επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης και σεροτονίνης), ενώ το βότανο του Αγίου Ιωάννη (St. John's wort) είναι ένα αρχαίο αντικαταθλιπτικό βότανο από την εποχή του Ιπποκράτη, το οποίο έχει ως μηχανισμό την αναστολή της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟΙ).

Σκοπός: Σκοπός του παρόντος πονήματος είναι η σύγκριση δράσης της βορτιοξετίνης και του βοτάνου του Αγίου Ιωάννη στην αντιμετώπιση της σοβαρής κατάθλιψης.

Μέθοδος: Εξετάσθηκαν 40 ασθενείς (n=40), 20 άνδρες (n=20) και 20 γυναίκες (n=20), οι οποίοι χωρίσθηκαν σε δύο (2) ομάδες. Η πρώτη ομάδα έλαβε βορτιοξετίνη (10mg) και η δεύτερη βότανο του Αγίου Ιωάννη (1800mg). Και οι δύο ομάδες έπασχαν από σοβαρή κατάθλιψη και προήρχοντο από τα Εξωτερικά Ψυχιατρικά Ιατρεία του Ψυχιατρικού Τμήματος του Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»-Πατησίων. Και στις δύο ομάδες ασθενών δόθηκε η Κλίμακα Hamilton για την κατάθλιψη.

Αποτελέσματα: Από τους ασθενείς με βορτιοξετίνη οι 10 ασθενείς (4 γυναίκες και 6 άνδρες), ποσοστό 50%, παρουσίασαν μείωση της HAM-D ενώ από τους ασθενείς που έλαβαν βότανο του Αγίου Ιωάννη μόνο ένας (1) παρουσίασε μείωση της HAM-D, ποσοστό 5%.

Συμπεράσματα: Η βορτιοξετίνη υπερτερεί του βοτάνου του Αγίου Ιωάννη στην αντιμετώπιση της σοβαρής κατάθλιψης.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. [De Diego-Adeliño D, Crespo JM, Mora F, Neyra A, Iborra P, Gutiérrez-Rojas L, Salonia SF. Vortioxetine in major depressive disorder: from mechanisms of action to clinical studies. Expert Opin Drug Saf 2022; 21\(5\):673-690.](#)
2. [Ιστίκογλου Χ. Ιστορία και θεραπευτικές ιδιότητες του Hypericum Perforatum από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα. Διδακτορική Διατριβή, Ιωάννινα 2008.](#)

EP11.

Η ΛΟΥΡΑΣΙΔΟΝΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΩΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

**Χ. Ιστίκογλου¹, Ε. Ανδρέου¹, Ν. Παναγιωτόπουλος¹, Ν. Λαμπράκη¹, Ι. Ριζάβας², Γ. Μαυρίδης¹,
Δ. Μούσδη¹, Δ. Αβραμίδης¹, Δ. Κεντρωτή¹**

¹Ψυχιατρικό Τμήμα, ΓΝ Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλαιο»-Πατησίων

²Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ) «Δαφνί»

Εισαγωγή: Η λουρασιδόνη είναι ένα νέο άτυπο αντιψυχωσικό που δρα ως αποκλειστής υποδοχέων ντοπαμίνης (D) και ως αναστολέας επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (5HT).

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η χρήση της στη θεραπεία της Ψυχωσικής Κατάθλιψης.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν 20 ασθενείς (n=20), εκ των οποίων 15 γυναίκες (n=15) και 5 άνδρες (n=5), οι οποίοι νοσηλεύθηκαν τη διετία 2022-2023 στην Ψυχιατρική Κλινική του Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλαιο»-Πατησίων με διάγνωση Ψυχωσική Κατάθλιψη και έλαβαν θεραπεία με λουρασιδόνη 75mg και προσθήκη αγχολυτικού και αντικαταθλιπτικού φαρμάκου. Σε όλους χορηγήθηκε η Κλίμακα Hamilton (HAM-D) την ημέρα της εισαγωγής και την 45^η ημέρα της θεραπείας.

Αποτελέσματα: Οι 15 ασθενείς (n=15), εκ των οποίων 12 γυναίκες (n=12) και 3 άνδρες (n=3), την 45^η ημέρα θεραπείας με 75mg λουρασιδόνης, παρουσίασαν σαφή μείωση της Κλίμακας Hamilton (HAM-D), με score κάτω του 8, και ποσοστό ανταπόκρισης 66%. Οι υπόλοιποι που δεν ανταποκρίθηκαν στην αγωγή, παραπέμφθηκαν για συνοδό θεραπεία με ECT.

Συμπεράσματα: Η λουρασιδόνη είναι ένα νέο άτυπο αντιψυχωσικό που τίθεται στην θεραπευτική φαρέτρα αντιμετώπισης της ψυχωσικής κατάθλιψης.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. [Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. Lancet 2013; 382\(9896\):951-62.](#)
2. [McEvoy JP, Citrome L, Hernandez D, Cucchiaro J, Hsu J, Pikalov A, Loebel A. Effectiveness of lurasidone in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder switched from other antipsychotics: a randomized, 6-week, open-label study. J Clin Psychiatry 2013; 74\(2\):170-9.](#)

EP12.

ΜΕΛΑΤΟΝΙΝΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΟΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΑ ΑΤΥΠΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ

**Χ. Ιστίκογλου¹, Ε. Ανδρέου¹, Ν. Λαμπράκη¹, Ι. Ριζάβας², Ν. Παναγιωτόπουλος¹, Δ. Μούσδη¹,
Γ. Μαυρίδης¹, Δ. Αβραμίδης¹, Δ. Κεντρωτή¹**

¹Ψυχιατρικό Τμήμα, ΓΝ Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλαιο»-Πατησίων

²Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ) «Δαφνί»

Εισαγωγή: Η μελατονίνη είναι μια ορμόνη που συντίθεται στην επίφυση και πέρα από την επίδρασή της στους κirkάδιους ρυθμούς ύπνου, το ανοσοποιητικό σύστημα καθώς και στο μεταβολικό σύνδρομο που προκαλείται από τα άτυπα αντιψυχωσικά.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη της αντιμετώπισης μεταβολικού συνδρόμου και χορήγησης άτυπων αντιψυχωσικών από τη χορήγηση μελατονίνης.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν 120 ασθενείς (n=120), 70 γυναίκες (n=70) και 50 άνδρες (n=50), από τα Εξωτερικά Ιατρεία του Ψυχιατρικού Τμήματος του Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλαιο»-Πατησίων με παχυσαρκία από χορήγηση άτυπων αντιψυχωσικών και χορήγηση μεγάλων δόσεων μελατονίνης.

Αποτελέσματα: Από τους 120 ασθενείς (n=120), που έλαβαν μελατονίνη σε μεγάλες δόσεις ≈10mg μελατονίνης, οι 67 (n=67), ποσοστό 55,8%, παρουσίασε βελτίωση με ελάττωση βάρους. Από αυτούς οι 34 ήταν γυναίκες (n=34) και οι 33 (n=33) ήταν άνδρες.

Συμπεράσματα: Με βάση τα ανωτέρω αποτελέσματα η μελατονίνη συντελεί στην αντιμετώπιση του μεταβολικού συνδρόμου που επάγεται από τη χρήση άτυπων αντιψυχωσικών. Παρ'όλα αυτά απαιτούνται περισσότερες και πλέον εμπειριστατωμένες μελέτες σχετικά με τη χρήση της μελατονίνης με παρόμοιο μηχανισμό που χορηγείται στον Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 και κάθε είδους παχυσαρκία.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. Νικοηπούλου ΕΜ. Μελατονίνη: Ο ρόλος της στις φυσιολογικές λειτουργίες του ανθρώπου και η σχέση της με τη διατροφή. Πτυχιακή Εργασία, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.
2. [Cardinali DP](#), [Hardeland R](#). Inflammaging, Metabolic Syndrome and Melatonin: A Call for Treatment Studies. *Neuroendocrinology* 2017; 104(4):382-397.

EP13.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΖΟΥΡΑΝΟΛΟΝΗΣ ΣΤΗ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Ευφροσύνη Τσομάκα¹, Κωνσταντίνος Φυτσιλής¹, Αθανάσιος Αντωνίου¹, Στυλιανή-Μαρία Παπαγεωργίου¹,
Μαρίνα-Ελένη Γαλανάκη¹, Παναγιώτης Γκίνης¹, Βασιλική Δρακούλη¹, Αργυρώ Πάχη¹

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

Εισαγωγή: Η Ζουρανολόνη είναι ένας θετικός αλληοστερικός τροποποιητής της υποομάδας α των υποδοχέων του αμινοβουτιρικού οξέως (GABAA). Είναι η πρώτη από του στόματος θεραπεία που πήρε έγκριση από τον FDA για την επιλόχειο κατάθλιψη.

Σκοπός: Η μελέτη διενεργείται με σκοπό την αναζήτηση κλινικών μελετών για τη χρήση της ζουρανολόνης στη θεραπεία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.

Μέθοδος: Έγινε αναζήτηση στη διαδικτυακή βάση δεδομένων PUBMED και χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά “ζουρανολόνη” και “μείζων καταθλιπτική διαταραχή”. Προέκυψαν 36 άρθρα, μόνο τα 9 αφορούσαν κλινικές μελέτες εκ των οποίων οι 5 πληρούσαν τα κριτήρια.

Αποτελέσματα: Από τις κλινικές μελέτες που προέκυψαν, 4 αφορούσαν στην σύγκριση χορήγησης ζουρανολόνης με placebo και μία στη μελέτη της ζουρανολόνης ως συμπληρωματική θεραπεία σε αντικαταθλιπτική αγωγή. Συγκρίθηκαν δοσολογίες των 20mg, 30mg και 50mg ζουρανολόνης με εικονικό φάρμακο. Όλες οι μελέτες ανέδειξαν ύφεση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων την 14η ημέρα, με εξαίρεση μία μελέτη σύγκρισης με placebo στην οποία η χορήγηση 20mg ζουρανολόνης δεν υπερέιχε σε σχέση με το εικονικό φάρμακο. Από τις 2 μελέτες που έγινε αξιολόγηση των αποτελεσμάτων στις 42 ημέρες, προκύπτει ότι τα 50mg ζουρανολόνης τείνουν να διατηρούν τη θεραπευτική τους δράση, σε αντίθεση με τις δοσολογίες των 20mg και 30mg που δεν φαίνεται να τη διατηρούν. Σε όλες σχεδόν τις μελέτες, οι ανεπιθύμητες ενέργειες δε διέφεραν σε σχέση με το εικονικό φάρμακο, πέρα από μία μελέτη στην ομάδα που χορηγούνταν τα 30mg ζουρανολόνης στην οποία φαίνεται να ήταν περισσότερες.

Συμπεράσματα: Από τη μέχρι τώρα βιβλιογραφία, προκύπτει ότι η χορήγηση της ζουρανολόνης είναι μία αποτελεσματική θεραπεία στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και σχετικά ασφαλής τόσο ως μονοθεραπεία, όσο και ως συμπληρωματική θεραπεία. Απαιτούνται ωστόσο περισσότερες κλινικές μελέτες για να καταλήξουμε σε ασφαλή συμπεράσματα.

EP14.

Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΡΩΤΟΜΑΝΙΑΚΟ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ

Ευφροσύνη Τσομάκα¹, Μαρία Ιβανίδου¹, Σοφία-Ολίνα Αθικανιώτη¹, Αρχοντιάννα Μπούμπαρη¹, Ευσταθία Τσαπαρδώνη¹, Νικόλαος Σουλιτανός¹, Αθανάσιος Ασημακόπουλος¹, Αργυρώ Πάχη¹

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

Εισαγωγή: Η παραληρητική διαταραχή αναφέρεται ότι έχει επίπτωση 1-4% και η ανθεκτικότητα της στην θεραπεία αποτελεί πολλές φορές πρόκληση στις δομές ψυχικής υγείας. Η εμφάνιση συγκεκριμένα του υποτύπου του πρωτοπαθούς ερωτομανιακού παραληρήματος είναι αρκετά σπάνια και συνήθως εμφανίζεται σε μεγαλύτερη αναλογία στις γυναίκες από τους άνδρες.

Σκοπός: Η μελέτη διενεργείται για την αναζήτηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας όσον αφορά την θεραπεία με αντιψυχωτικά φάρμακα των παραληρητικών ιδεών ερωτομανιακού περιεχομένου, με αφορμή την νοσηλεία ασθενούς με σύνδρομο de clerehault που εμφάνιζε ανθεκτικότητα στην αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή και έλαβε κλοζαπίνη.

Μέθοδος: Έγινε αναζήτηση σε διαδικτυακή βάση δεδομένων PUBMED με λέξεις κλειδιά "ερωτομανιακές παραληρητικές ιδέες" και "αντιψυχωτικά" και "παραληρητική διαταραχή" και "κλοζαπίνη". Προέκυψαν 462 άρθρα από τα οποία αφού αφαιρέθηκαν οι δευτεροπαθείς ερωτομανιακές παραληρητικές ιδέες, μόνο τα οκτώ τελικά συμπεριλήφθησαν στην μελέτη.

Αποτελέσματα: Από την αναζήτηση προέκυψαν εννιά αναφορές περιστατικών με πρωτοπαθή ερωτομανιακή παραληρητική ιδέα. Από αυτά τα έξι ανέρρωσαν πλήρως με την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, τα δύο βελτιώθηκαν αν και δεν υπήρξε πλήρης ύφεση της συμπτωματολογίας, και σε ένα επέμειναν τα συμπτώματα παρά την χορήγηση φαρμακευτικής αντιψυχωτικής αγωγής. Από αυτά τα αντιψυχωτικά που χορηγήθηκαν αφορούσαν δεύτερης γενιάς όπως η ρισπεριδόνη και η κλοζαπίνη καθώς και πρώτης γενιάς όπως η τριφλουπεραζίνη και αλοπεριδόλη. Σε κάποιους ασθενείς δοκιμάστηκε και η μηνιαία χορήγηση ενέσιμων αντιψυχωτικών φαρμάκων. Σε έναν ασθενή χορηγήθηκε κλοζαπίνη μετά την μη ύφεση με ρισπεριδόνη και αμιτριπτυλίνη. Η κλοζαπίνη φάνηκε να έχει μικρή επίδραση στην κεντρική παραληρητική ιδέα αλλά να βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Συμπεράσματα: Στην βιβλιογραφία υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα και αναφορές για τον συγκεκριμένο υπότυπο της παραληρητικής διαταραχής οπότε δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για την προτίμηση συγκεκριμένων αντιψυχωτικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση αυτών των συμπτωμάτων. Αναγκαία φαίνεται να είναι η διεξαγωγή περισσότερων κλινικών μελετών.

EP15.

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σίδερη Σοφία

Ειδικευόμενη Ψυχιατρικής, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Καρυτινού Μαρία

Επιμελήτρια Ψυχιατρικής, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Εισαγωγή: Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μια αποτελεσματική επιλογή για τη θεραπεία της μείζονας κατάθλιψης, αυτοκτονικότητας, κατατονίας, ασθένειας ανθεκτικής στη φαρμακευτική αγωγή και άλλων απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων. Η χρήση αντικαταθλιπτικών κατά την κύηση είναι αμφιλεγόμενη λόγω των σημαντικών μεθοδολογικών δυσκολιών στο διαχωρισμό μεταξύ επιπτώσεων των φαρμάκων στην εμβρυϊκή ανάπτυξη από εκείνες που σχετίζονται με την κατάθλιψη της μητέρας. Ακόμα, ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών διακόπτει αυτοβούλως τη φαρμακευτική αγωγή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη είναι μια βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ηλεκτροσπασμοθεραπείας και της αντικαταθλιπτικής θεραπείας κατά την περιγεννητική περίοδο.

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων Medscape, Pubmed/Medline, και Scopus. Η αναζήτησή έγινε τον Νοέμβριο 2023. Εξετάστηκαν όλες οι διαθέσιμες πηγές.

Αποτελέσματα: Η καταλληλότητα της ηλεκτροσπασμοθεραπείας στην κύηση πρέπει να σταθμίζεται προσεκτικά έναντι των κινδύνων της αθεράπευτης κατάθλιψης και των κινδύνων των υπόλοιπων θεραπευτικών επιλογών. Οι κατευθυντήριες γραμμές συγκλίνουν για την ήπια έως μέτρια κατάθλιψη στην ψυχοθεραπεία και στα αντικαταθλιπτικά για τη μείζονα κατάθλιψη. Επικρατέστερο φάρμακο θεωρείται η σερτραλίνη. Φαίνεται ότι τα τρικυκλικά και τα άτυπα αντικαταθλιπτικά δεν ενέχουν αυξημένο κίνδυνο σημαντικών επιπλοκών της εγκυμοσύνης. Οι αναστολείς μονοαμινοξειδάσης δεν συνιστώνται λόγω πολυπληθών αλληλεπιδράσεων και αυξημένο κίνδυνο υπερτασικής κρίσης. Η χρήση αντικαταθλιπτικών έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών δυσπλησιών, επίμονη πνευμονική υπέρταση του νεογνού, πρόωρο τοκετό και νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία θεωρείται ασφαλής και αποτελεσματική στη διαχείριση της σοβαρής κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Συμπεράσματα: Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μια αρκετά αποτελεσματική θεραπευτική εναλλακτική λύση για τη διαχείριση ψυχιατρικών διαταραχών σε εγκύους ασθενείς. Η μη αντιμετώπιση της κατάθλιψης της μητέρας κατά την περιγεννητική περίοδο έχει συσχετιστεί με δυσμενείς επιπτώσεις τόσο για εκείνη όσο και για το νεογνό. Τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν θεωρούνται μείζονος σημασίας τερατογόνα. Είναι απαραίτητη η ενημέρωση των ασθενών για τον ασφαλή θεραπευτικό σχεδιασμό. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την ανάπτυξη αποτελεσματικότερων θεραπευτικών προγραμμάτων.

EP16.

Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΔΕΞΙΜΕΔΕΤΟΜΙΔΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Ευφροσύνη Τσομάκα¹, Αθανάσιος Τσελεμπής¹, Κωνσταντίνος Φαναράς¹, Παναγιώτα-Δήμητρα Γαβαλά¹,
Ιωάννης Τριανταφύλλου¹, Αργυρώ Πάχη¹

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

Εισαγωγή: Η δεξιμεδετομιδίνη εγκρίθηκε το 1999 από τον FDA σαν ένα βραχείας δράσης υπνωτικό και αναλγητικό για χρήση στην μονάδα εντατικής θεραπείας σε ασθενείς με μηχανικό αερισμό. Είναι ένας εκλεκτικός α₂ αγωνιστής και η χρήση του στην θεραπεία ψυχιατρικών διαταραχών έχει μελετηθεί.

Σκοπός: Η μελέτη αυτή διενεργείται για την αναζήτηση στην βιβλιογραφία μελετών που αφορούν ψυχιατρικές διαταραχές όπου έχει μελετηθεί η χρήση της δεξιμεδετομιδίνης.

Μέθοδος: Έγινε αναζήτηση στην διαδικτυακή βάση δεδομένων PUBMED με λέξεις- κλειδιά «δεξιμεδετομιδίνη» και «ψυχιατρική». Από την αναζήτηση προέκυψαν 132 άρθρα από τα οποία τα 17 αφορούσαν κλινικές μελέτες και μόνο οι 8 πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής στην μελέτη.

Αποτελέσματα: Από την βιβλιογραφία προκύπτει ότι η δεξιμεδετομιδίνη έχει δοκιμαστεί στην αντιμετώπιση του ντελίριου στις μονάδες εντατικής θεραπείας και μετεγχειρητικά. Επιπλέον, έχει χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων απόσυρσης από αλκοόλη χωρίς σαφή αποτελέσματα ενώ σε δόσεις στα 120μg, 180μg και 240μg φαίνεται να εμφανίζει στατιστικά σημαντική μείωση των συμπτωμάτων απόσυρσης από οπιοειδή. Δέκα μελέτες έχουν διεξαχθεί για την αποτελεσματικότητα της στην αντιμετώπιση της μετακριτικής διέγερσης μετά από ηλεκτροσπασμοθεραπεία με θετικά αποτελέσματα. Σε μία κλινική μελέτη η δεξιμεδετομιδίνη φαίνεται να είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του άγχους και της αϋπνίας προεγχειρητικά.

Τέλος, η υπογλώσσια μορφή της έχει χρησιμοποιηθεί σε τρεις μελέτες για την θεραπεία της ψυχοκινητικής διέγερσης σε σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή τύπου I και II, μία ένδειξη για την οποία έλαβε και έγκριση από τον FDA τον Απρίλιο του 2022 σε δοσολογίες 120μg και 180μg χωρίς να ξεπερνά η χορήγησή της τις 24 ώρες από την πρώτη δόση.

Συμπεράσματα: Η ευρεία χρήση της δεξιμεδετομιδίνης στις μονάδες εντατικής θεραπείας υπήρξε το έναυσμα για την μελέτη της στην αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών. Έχει ήδη λάβει έγκριση για την αντιμετώπιση της διέγερσης στις μείζονες ψυχικές διαταραχές ενώ πιο πολλές κλινικές μελέτες απαιτούνται για ασφαλή συμπεράσματα σε άλλες καταστάσεις.

EP17.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Νεκταρία-Άρτεμις Ζαΐρη¹, Πασχάλης Τηλελής¹, Ηλίας Τσούτσος¹, Γεωργία-Αικατερίνη Παπαευσταθίου¹, Δημήτριος Κόντης¹

¹Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δαφνί, ΧΑΪΔΑΡΙ ΑΤΤΙΚΗ

Εισαγωγή: Σύμφωνα με το DSM-V, η κυκλοθυμική διαταραχή είναι διαταραχή της διάθεσης στην οποία υπάρχουν για τουλάχιστον 2 έτη περίοδοι με υπομανιακά συμπτώματα τα οποία δεν πληρούν κριτήρια για υπομανιακό επεισόδιο και περίοδοι με καταθλιπτικά συμπτώματα τα οποία δεν πληρούν κριτήρια για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Τα συμπτώματα αυτά είναι παρόντα για τουλάχιστον το μισό διάστημα των 2 ετών, ενώ δεν παρουσιάζουν ύφεση πάνω από 2 μήνες. Η θεραπεία της κυκλοθυμίας αποτελεί πρόκληση για τον θεράποντα ιατρό.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των κυριότερων φαρμακευτικών επιλογών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην θεραπευτική αντιμετώπιση της κυκλοθυμικής διαταραχής.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση και αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων «google scholar», «pubmed» με τις λέξεις-κλειδιά «cyclothymia», «cyclothymic disorder» AND «treatment», «mood stabilizers», «antidepressants», «antipsychotics». Βρέθηκαν δώδεκα άρθρα από τα οποία λήφθηκαν υπόψη τα πέντε.

Αποτελέσματα: Η κυκλοθυμία αποτελεί μια συναισθηματική διαταραχή που υποδιαγιγνώσκεται, ενώ εμφανίζει και αυξημένη συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές. Υπάρχουν λιγότερα δεδομένα για τη θεραπεία της κυκλοθυμικής διαταραχής σε σχέση με τις υπόλοιπες διαταραχές της διάθεσης. Λίγες μελέτες έχουν εξετάσει την αποτελεσματικότητα διαφόρων ειδών ψυχοθεραπείας. Μελέτες δείχνουν πως η θεραπεία πρώτης γραμμής συνίσταται στη χρήση σταθεροποιητών της διάθεσης (λίθιο, βαλπροϊκό οξύ, λαμοτριγίνη), που μπορούν να βελτιώσουν ορισμένα από τα κυριότερα συμπτώματα της διαταραχής. Η χρήση αντικαταθλιπτικών πρέπει να γίνεται με προσοχή, λόγω κινδύνου εμφάνισης υπομανιακού ή μανιακού επεισοδίου. Τέλος, η χρήση αντιψυχωτικών μπορεί να ωφελήσει, λαμβάνοντας, ωστόσο, υπόψη την ευαισθησία των ασθενών στην χρήση D2 ανταγωνιστών. Ενθαρρυντικά δεδομένα υπάρχουν για τη χρήση της κουετιαπίνης.

Συμπεράσματα: Λόγω της υποδιάγνωσης και της συννοσηρότητας, είναι σημαντική η έγκαιρη διάγνωση της κυκλοθυμίας και των συνυπαρχουσών διαταραχών και η θεραπεία τους. Η θεραπεία της κυκλοθυμίας περιλαμβάνει τη χρήση σταθεροποιητών της διάθεσης, αντικαταθλιπτικών και ορισμένων αντιψυχωτικών. Η επιλογή του φαρμάκου εξαρτάται από τα συμπτώματα που προεξάρχουν (υπομανιακά, καταθλιπτικά, αγχώδη). Επικουρικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν η ψυχοεκπαίδευση και η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία (CBT). Αναμφίβολα χρειάζονται περισσότερες τυχαίοποιημένες μελέτες πάνω στη βέλτιστη θεραπεία της κυκλοθυμίας.

EP18.

Η ΑΣΕΝΑΠΙΝΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Χ. Ιστίκογλου¹, Ε. Ανδρέου¹, Ν. Λαμπράκη¹, Ι. Ριζάβας², Ν. Παναγιωτόπουλος¹, Δ. Μούσδη¹,
Γ. Μαυρίδης¹, Δ. Αβραμίδης¹, Δ. Κεντρωτή¹

¹Ψυχιατρικό Τμήμα, ΓΝ Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»-Πατησίων

²Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (ΨΝΑ) «Δαφνί»

Εισαγωγή: Η ασεναπίνη ανήκει στη δεύτερη και νεώτερη κατηγορία Άτυπων Αντιψυχωσικών και είναι αποκλειστής του υποδοχέα D της ντοπαμίνης καθώς και των υποδοχέων της σεροτονίνης 5HT.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η συμβολή της ασεναπίνης στη θεραπεία της Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν 25 ασθενείς (n=25) που παρακολουθούνται στα Τακτικά Εξωτερικά Ψυχιατρικά Ιατρεία του Ψυχιατρικού Τμήματος του Γ.Ν. Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»-Πατησίων τα τελευταία 5 χρόνια. Από αυτούς, 17 ασθενείς (n=17) ήταν γυναίκες και 8 άνδρες (n=8). Σε όλους τους ασθενείς δόθηκαν τα ερωτηματολόγια PANNS και HAM-D την 1^η ημέρα και την 45^η ημέρα.

Αποτελέσματα: Οι 20 ασθενείς (n=20), 15 γυναίκες (n=15) και 10 άνδρες (n=10), παρουσίασαν μείωση στις κλίμακες PANNS και HAM-D, ποσοστό 80%.

Συμπεράσματα: Η ασεναπίνη συντελεί στην αντιμετώπιση της Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. Vita A, De Peri L, Siracusano A, Sacchetti E; ATOM group. Efficacy and tolerability of asenapine for acute mania in bipolar I disorder: meta-analyses of randomized-controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol* 2013; 28(5):219-27.
2. Minassian A, Young JW. Evaluation of the clinical efficacy of asenapine in schizophrenia. *Expert Opin Pharmacother* 2010; 11(12):2107-2115.

EP19.

CLOZAPINE RECHALLENGE ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ G-CSF³ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΑ

Μιχαηλάκου Σμαράγδη¹, Μαυρόματος Αντώνης¹, Βεληνάκη Μάρθα¹, Σαμαράς Νικόλαος¹, Σπηλιόπουλος Κωνσταντίνος¹, Ξενάκη Λήδα Άλκηστη¹, Αλέξανδρος Αλεξανδρόπουλος², Μπαρμπαρούση Δέσποινα², Μαντωνάκης Λεωνίδας¹

¹Α΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ

²Ογκολογικό Αιματολογικό Τμήμα, Θεραπευτική Πανεπιστημιακή Κλινική, Γ.Ν.Α. Αλεξάνδρα, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Η κλοζαπίνη αποτελεί φάρμακο εκλογής για την ανθεκτική σχιζοφρένεια. Ωστόσο η χρήση της περιορίζεται σημαντικά λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών της. Η ουδετεροπενία σε ασθενείς με ανθεκτική σχιζοφρένεια που λόγω βαρύτητας της κλινικής τους εικόνας χρειάζεται να λάβουν κλοζαπίνη δύναται να αντιμετωπίζεται με συγχορήγηση αυξητικού παράγοντα των λευκών αιμοσφαιρίων, μια κλινική πρόκληση που συχνά δεν αποδεχόμαστε.

Παρουσίαση περιστατικού: Θήλυ, 35 ετών, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, εμφανίζει παραληρητικές ιδέες δίωξης, ακουστικές ψευδαισθήσεις και σοβαρή αποδιοργάνωση, συμπτωματολογία που δεν ανταποκρίθηκε σε χορήγηση 3 αντιψυχωτικών σε επαρκή δόση για επαρκές διάστημα, οπότε εισήχθη προς περαιτέρω αντιμετώπιση με κλοζαπίνη ως επί ανθεκτικής σχιζοφρένειας. Κατά την 7^η ημέρα titλοποίησης της κλοζαπίνης (δόση 75 mg – αργή titλοποίηση λόγω σημαντικά χαμηλού σωματικού βάρους της ασθενούς – BMI⁴ 13) ο ε/ε ανέδειξε σοβαρή ουδετεροπενία (WBC⁵ 3.000/mm³, NEU⁶ 600/mm³), οπότε έγινε διακοπή της κλοζαπίνης και χορήγηση G-CSF. Η ασθενής παρέμεινε σε κλασικό αντιψυχωτικό σε συνδυασμό με ηλεκτροσπασμοθεραπεία χωρίς αποτέλεσμα, ενώ ανατρέχοντας στο ιστορικό της ανευρέθη ουδετεροπενία σε 2 τυχαίους ελέγχους κατά το παρελθόν όταν δεν ελάμβανε καμία αγωγή. Έχοντας ολοκληρώσει τη διερεύνηση της ουδετεροπενίας σε συνεργασία με τους αιματολόγους (αποκλεισμός αιτιών ουδετεροπενίας με έλεγχο για χρόνιες ιογενείς λοιμώξεις, αυτοάνοσα νοσήματα, νοσήματα του μυελού με οστεομυελική βιοψία, γενετικό έλεγχο με καρύτυπο) και λόγω της βαρύτητας της κλινικής εικόνας, λαμβάνοντας υπόψιν ανάλογη βιβλιογραφία αποφασίστηκε επανέναρξη κλοζαπίνης με συγχορήγηση G-CSF αναλόγως των ευρημάτων στους ε/ε τακτικής παρακολούθησης. Η ασθενής εξήλθε σημαντικά βελτιωμένη με ανάκτηση βαθμού λειτουργικότητας υπό κλοζαπίνη 550mg qd και λαμβάνοντας 1 inj G-CSF 30IU ανά εβδομάδα.

Συζήτηση: Σε ασθενείς με αυξημένης βαρύτητας κλινική εικόνα και με ουδετεροπενία που δεν αποδίδεται αποκλειστικά στη χορήγηση κλοζαπίνης ή σε άλλο υποκείμενο αίτιο οφείλουμε να δοκιμάζουμε τη συγχορήγηση αυξητικού παράγοντα των λευκών αιμοσφαιρίων σε συνεργασία με ειδικούς αιματολόγους, καθώς η κλοζαπίνη συνεχίζει να αποτελεί μονόδρομο.

³ G-CSF: granulocyte colony stimulating factor,

⁴ BMI: body mass index,

⁵ WBC: white blood count,

⁶ NEU: neutrophils

EP20.

**ΕΝΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΥ ΜΙΜΟΥΜΕΝΟ
ΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ (BPSD)**

Σ. Στεβή, Ειδικευόμενη Ψυχιατρικής, Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Θ. Καραμπίνας, Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Ε. Ασημιάδης, Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Κ. Φωτοπούλου-Λιοσάτου, Ειδικευόμενη Ψυχιατρικής, Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Γ. Μαρούσης, Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»
Ν. Κράνος, Ψυχίατρος, Επικουρικός Επιμελητής, Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Εισαγωγή: Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός (PHPT) προκαλεί νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις οι οποίες συχνά αποτελούν το πρώτο σύμπτωμα.

Σκοπός: Η παρουσίαση ενός περιστατικού PHPT που εκδηλώθηκε μιμούμενο τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας (BPSD).

Μέθοδος: Άνδρας 82 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ λόγω άσκοπων περιπλανήσεων και διαταραχών συμπεριφοράς. Στη ψυχιατρική εξέταση εμφάνιζε ψυχοκινητική ανησυχία, χάλαση συνειρμού, παραληρητικές ιδέες, ακουστικές ψευδαισθήσεις. Δεν υπήρχαν διαταραχές επίγνωσης του περιβάλλοντος και προσοχής που να θέτουν υπόνοια ντελirίου. Ο βασικός εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Η CT εγκεφάλου δεν ανέδειξε οξεία παθολογία. Η νευρολογική εξέταση δεν ανέδειξε εστιακή σημειολογία ή δυσκαμψία. Λόγω μη συνεργασίας του ασθενούς δεν διενεργήθηκε MINI MENTAL TEST.

Στο ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται προ έξι μηνών επεισόδιο φυγής από το σπίτι και ανεύρεσή του μία εβδομάδα μετά από την αστυνομία. Ο ασθενής έλαβε τη διάγνωση BPSD με έναρξη ρισπεριδόνης 2 mg/μέρα.

Από το λοιπό ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται ΑΥ, Δυσλιπιδαιμία, OEM, Καρδιακή ανεπάρκεια και ελεύθερο ψυχιατρικό ιστορικό.

Ο ασθενής νοσηλεύτηκε με προσωρινή διάγνωση BPSD και ετέθη σε αγωγή με ρισπεριδόνη 3mg/ημέρα. Μετά το πέρας μιας εβδομάδος αποκαταστάθηκε η ψυχοκινητικότητα χωρίς βελτίωση της ψυχωτικής συμπτωματολογίας και χωρίς να ελέγχεται ντελirίο. Διενεργήθηκε MINI-MENTAL TEST με score 26/30, υψηλή βαθμολογία για να αιτιολογήσει τα BPSD. Ακολούθησε ενδελεχέστερος εργαστηριακός έλεγχος στον οποίο ανευρέθηκαν Ασβέστιο ορού 11,1 mg/dl.

25-OH-βιταμίνη-D 9,2 ng/ml, με φυσιολογικές τιμές φωσφόρου και αλβουμίνης πλάσματος. Η αυξημένη παραθορμόνη (PTH 127 pg/ml) έθεσε τη διάγνωση PHPT που επιβεβαιώθηκε με U/S παραθυρεοειδών και την ανάδειξη αδενώματος παραθυρεοειδών.

Αποτελέσματα: Έγινε έναρξη συντηρητικής φαρμακευτικής αγωγής με υδροχλωρική σινακαλίστη, διφωσφονικά και 25-OH-βιταμίνη-D, με συνέπεια σε μερικές ημέρες την πλήρη ύφεση των ακουστικών ψευδαισθήσεων και τη μερική ύφεση των παραληρητικών ιδεών.

Συμπεράσματα: Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση των ηλικιωμένων ασθενών που εμφανίζονται με συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα άνοιας.

EP21.

Η ΝΟΡΜΟΑΣΒΕΣΤΙΑΜΙΑ ΔΕΝ ΑΠΟΚΛΕΙΕΙ ΤΟΝ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΦΑΤΩΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΝΟΡΜΟΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΚΟΥ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΥ (ΝΡΗΡΤ)

Ν. Κράνος, Ψυχίατρος, Επικουρικός Επιμελητής, Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Α «Γ. Γεννηματάς»
Σ. Στεβή, Ειδικευόμενη Ψυχιατρικής, Ψυχιατρική Κλινική Γ.Ν.Α «Γ. Γεννηματάς»
Ν. Σαμπάνης, Νεφρολόγος, Επιμελητής Α΄, Νεφρολογική Κλινική Γ.Ν. Τρικάλων

Εισαγωγή: Ο νορμοασβεστιαμικός πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός (nPHPT) είναι ένας πρόσφατα αναγνωρισμένος φαινότυπος του πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού, ο οποίος ορίζεται ως η διαταραχή με σταθερά φυσιολογικά επίπεδα ασβεστίου ορού για διάρκεια 6 μηνών μετρημένα τουλάχιστον 2 φορές, και αυξημένα επίπεδα παραθορμόνης (PTH) λόγω αυτόνομης υπερέκκρισής της.

Σκοπός: Η αναζήτηση στη βιβλιογραφία των νευροψυχιατρικών εκδηλώσεων του νορμοασβεστιαμικού υπερπαραθυρεοειδισμού και των μηχανισμών με τους οποίους αυτές προκαλούνται.

Μέθοδος: Αναζήτηση στο PubMed των σχετικών δημοσιεύσεων με τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά:

1. "normocalcemic primary hyperparathyroidism" [νορμοασβεστιαμικός πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός] με 139 αποτελέσματα.
2. "primary hyperparathyroidism" AND "neuropsychiatric symptoms" [νευροψυχιατρικά συμπτώματα πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού] με 26 αποτελέσματα.
3. "normocalcemic hyperparathyroidism" AND "neuropsychiatric symptoms" [νευροψυχιατρικά συμπτώματα νορμοασβεστιαμικού υπερπαραθυρεοειδισμού] με 3 αποτελέσματα

Αποτελέσματα: Ο νορμοασβεστιαμικός υπερπαραθυρεοειδισμός μπορεί να προκαλέσει τις νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις του υπερασβεστιαμικού υπερπαραθυρεοειδισμού. Όπως η τιμή ασβεστίου ορού δεν σχετίζεται απόλυτα με τη βαρύτητα των νευροψυχιατρικών εκδηλώσεων του υπερπαραθυρεοειδισμού, έτσι και μία φυσιολογική τιμή ασβεστίου ορού δεν μπορεί να αποκλείσει τις νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις επί εδάφους νορμοασβεστιαμικού υπερπαραθυρεοειδισμού. Η υψηλή τιμή PTH μπορεί να προκαλέσει από μόνη της – με φυσιολογικό ασβέστιο ορού – νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις μέσω επίδρασής της στην IL-6, την Na/K-ATPase, στους υποδοχείς τύπου 2 της PTH, ενώ με άγνωστους προς το παρόν μηχανισμούς μπορεί να προκαλέσει κατατονία. Οι σοβαρές νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν κατάθλιψη, μανία, ψύχωση, κατατονία, όπως επίσης μπορούν να εμφανιστούν ψυχοκινητική διέγερση, ετεροεπιθετική συμπεριφορά, άρση αναστολών, αλλήλα και ήπιες εκδηλώσεις όπως άγχος, κόπωση, διαταραχές ύπνου, γνωστικές δυσλειτουργίες και μειωμένη ποιότητα ζωής.

Συμπεράσματα: Επί τη εμφανίσει νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων η φυσιολογική τιμή του ασβεστίου ορού δεν επαρκεί από μόνη της να αποκλείσει την πιθανότητα υπερπαραθυρεοειδισμό και σε επιλεγμένα πιθανώς περιστατικά και σε μία υποομάδα ασθενών, να είναι αναγκαία η μέτρηση PTH για τον αποκλεισμό του υπερπαραθυρεοειδισμού ως αιτίου αυτών.

EP22.

ΠΡΩΤΟ ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ: Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΩΝ LAIs ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Αγάπη Γεώργου¹, Στέφανος Δημητρακόπουλος¹
¹ΕΠΑΨΥ, ΜΑΡΟΥΣΙ, ΑΘΗΝΑ

Εισαγωγή: Τα ποσοστά μη συμμόρφωσης στην θεραπεία είναι υψηλά τόσο στους μακροχρόνιους ασθενείς όσο και στους ασθενείς με ΠΨΕ. Τα LAIs αναπτύχθηκαν κυρίως για να βελτιώσουν τα ποσοστά αυτά και να μειώσουν τον κίνδυνο υποτροπής και επανεισαγωγής στο νοσοκομείο.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει τα πιθανά οφέλη από την χρήση των LAIs στην φαρμακευτική αντιμετώπιση ατόμων που εμφανίζουν ΠΨΕ καθώς και την σημασία των μονάδων έγκαιρης παρέμβασης στην πορεία των ατόμων αυτών.

Υλικό και Μέθοδος: Για την παρούσα ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκε σύγχρονη βιβλιογραφία από διεθνείς βάσεις δεδομένων όπως το «PubMed», το «Science Direct». Οι λέξεις κλειδιά ήταν οι ακόλουθες: first episode psychosis, long-acting injections, early intervention.

Αποτελέσματα: Πλήθος συγγραφέων προτείνει ότι η χρήση των LAIs έχει μεγαλύτερο όφελος σε άτομα που παρουσιάζουν ΠΨΕ καθώς χρονικά η νόσος πιθανά είναι πιο θεραπεύσιμη και γιατί η αποφυγή υποτροπών και νέων νοσηλειών θα έχει μεγαλύτερα οφέλη στην πορεία της νόσου των ατόμων αυτών. Η πρώιμη χρήση τους έχει, επίσης, φανεί πως συμβάλλει στην μείωση των ποσοστών της κατάχρησης ουσιών, της βίας και των νομικών συγκρούσεων. Μολονότι υπάρχουν σημαντικά κλινικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα τους σε ασθενείς με ΠΨΕ, η συνταγογράφηση τους δεν είναι ευρεία σε αυτό το στάδιο. Η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη πορεία και λειτουργικότητα του ατόμου παρεμβαίνοντας ποθιευπίεδα με εξειδικευμένο προσωπικό στο πεδίο της ψύχωσης αλλά και στην κλινική ενέσιμων αντιψυχωτικών μακράς διάρκειας δράσης.

Συμπεράσματα: Διάφοροι παράγοντες δυσχεραίνουν την ευρύτερη χρήση των ενέσιμων, ενισχύοντας την στιγματοποιημένη εικόνα τους στην κλινική πράξη. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να αφορούν τον ασθενή, τον κλινικό, τους διευθυντές, τα συστήματα και της πολιτικές της υγείας. Οι μονάδες έγκαιρης παρέμβασης με ένα ολιστικό πρόγραμμα παρέμβασης στο άτομο, την οικογένεια, τον επαγγελματία αλλά και την κοινότητα μπορούν να συμβάλλουν στην απαγκιστρωποίηση από αυτές της προκαταλήψεις με στόχο την καλύτερη πρόγνωση των ατόμων με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο.

