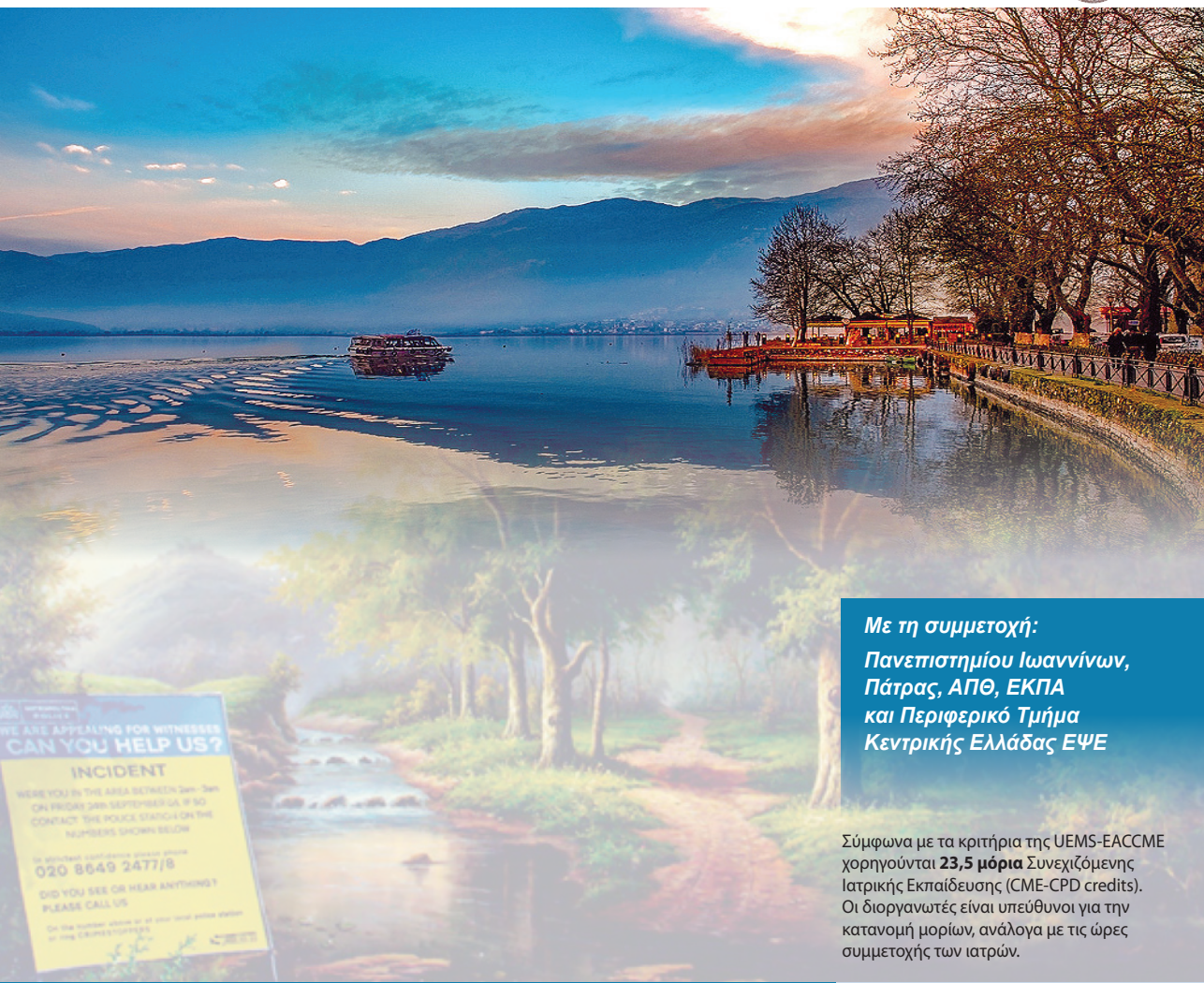


13^ο & 11^ο



**Πανελλήνιο Διεπιστημονικό
Συνέδριο Ειδικών Ψυχιατρικών
Νοσοκομείων**

**Πανελλήνιο Διεπιστημονικό
Συνέδριο Ολιστικής Διαχείρισης
Σοβαρών & Επιμενουσών Ψυχικών Διαταραχών**



Με τη συμμετοχή:
**Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
Πάτρας, ΑΠΘ, ΕΚΠΑ
και Περιφερικό Τμήμα
Κεντρικής Ελλάδας ΕΨΕ**

Σύμφωνα με τα κριτήρια της UEMS-EACCME χορηγούνται **23,5 μόρια** Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD credits). Οι διοργανωτές είναι υπεύθυνοι για την κατανομή μορίων, ανάλογα με τις ώρες συμμετοχής των ιατρών.

3-5 Οκτωβρίου 2024

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**GRAND SERAI
HOTEL**

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

Sycrest[®] (asenapine)



REMERON[™] MIRTAZAPINE

Πριν την συνταγογράφηση, παρακαλούμε συμβουλευθείτε την Περίληψη των Χαρακτηριστικών των Προϊόντων.

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ : Φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία απαιτείται ιατρική συνταγή.

REMERON[™] F.C.TAB 30MG/TAB, BT x 30, Λιανική τιμή (ΛΤ): 12,03€

SYCREST[®] SUBL.TAB 5MG/TAB BT x 60, ΛΤ: 108,46 €

SYCREST[®] SUBL.TAB 10MG/TAB BT x 60, ΛΤ: 108,46 €

© 2024 Organon group of companies. All rights reserved.

Τοπικός αντιπρόσωπος :



BIANEX A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIANEX A.E. - Έδρα : Οδός Βαρυμπίστης 8, 14671 Ν. Ερυθραία, Κηφισιά,
Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία, Τηλ. : 210 8009111
Fax: 210 8071573 - E-mail: mailbox@vianex.gr
WEBSITE: www.vianex.gr • ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113,
562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης, Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

ME24061/SYC-9/24

Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας :



ORGANON

N.V. Organon
Kloosterstraat 6
NL-5349 AB Oss
Ολλανδία

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

VX-SYC-110018



ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Χαράλαμπος Τουλούμης

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος Χρήστος Τσόπελας

Μέλη Δημήτριος Αγιομυργιαννάκης

Μαρία Δημητρακά

Αναστασία Κώνστα

Δημήτριος Πέτσας

Γεώργιος Τζεφεράκος

13^ο

Πανελλήνιο Διεπιστημονικό
Συνέδριο Ειδικών Ψυχιατρικών
Νοσοκομείων

& 11^ο

Πανελλήνιο Διεπιστημονικό
Συνέδριο Ολιστικής Διαχείρισης Σοβαρών
& Επιμενουσών Ψυχικών Διαταραχών





ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Το Διοικητικό Συμβούλιο της Εταιρείας Μελέτης Σοβαρών και Επιμενουσών Ψυχικών Διαταραχών, «**ΑΝΑΚΤΗΣΗ**», με χαρά και ιδιαίτερη υπερηφάνεια σας καλωσορίζει στην προσπάθεια ολιστικής διαχείρισης της ψυχικής υγείας στο «**13^ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και 11^ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Ολιστικής Διαχείρισης Σοβαρών και Επιμενουσών Ψυχικών Διαταραχών**» που θα πραγματοποιηθεί με φυσική παρουσία από 3 έως 5 Οκτωβρίου 2024, στις συνεδριακές εγκαταστάσεις του Grand Serai Hotel στα Ιωάννινα.

Η προσπάθεια της ομάδας μας ξεκίνησε διστακτικά το 2012, ως μια προσπάθεια να έχουν επιστημονικό βήμα τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία και να έχουμε την ευκαιρία να αναζητούμε από κοινού πρακτικές απαντήσεις σε θέματα που μας απασχολούν στην καθημερινή πρακτική σχετικά με την φροντίδα και νοσηλεία της σοβαρής ψυχικής διαταραχής. Με τα χρόνια εξελίχθηκε σε ένα τόπο ενίσχυσης του δημιουργικού διαλόγου ανάμεσα σε κλινικούς ιατρούς, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, λήπτες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τους φροντιστές τους.

Δεν αρκούν ο αυτονόητος πια προσανατολισμός της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα και ο σεβασμός στα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων.

Υπάρχει μια συνεχής συνεργασία και ώσμωση νέων προσπαθειών για την διαχείριση κοινωνικών θεμάτων, ψυχολογικών δυσκολιών και ψυχιατρικών νόσων σε ένα αλληλοσυνδεδεμένο κοινωνικό, πολιτικό και πολιτιστικό πεδίο με θέματα όπως οικονομική κρίση, κλιματική αλλαγή και πολεμικές συρράξεις που επιτάσσουν την συνεργασία επαγγελματιών από διάφορα επιστημονικά πεδία.

Η ψυχιατρική έρχεται πια όλοένα και περισσότερο στο προσκήνιο της ζωής και επιβάλλει να μετακινηθούμε από τους παραδοσιακούς δυαδικούς τρόπους θεώρησης της πραγματικότητας με όρους υγεία - νόσος. Παράλληλα η κεντρομόλος μετακίνηση της ψυχικής διαταραχής από την λήθη και το περιθώριο της κοινωνίας προς το κέντρο επιταχύνεται όλο και περισσότερο, τοποθετώντας την ψυχιατρική σε κεντρική θέση στην καθημερινότητα μας.

Οδηγούμαστε στην αναγκαιότητα παρουσίας και επενέργειας της ψυχιατρικής όχι πια επικουρικά των άλλων ειδικοτήτων της ιατρικής, αλλά σε ένα πρωταρχικό ρόλο πρώιμης παρέμβασης στην ανάδυση συμπτωματολογίας ποικίλης μορφής. Ακόμη περισσότερο σε ένα επίπεδο απαραίτητων ενεργειών για την προαγωγή ψυχικής υγείας, για την αναγνώριση υποουδικών ψυχιατρικών διαταραχών και την μείωση της επίδρασης τους στην ανάπτυξη νοσημάτων, τα οποία όλοένα και περισσότερο παρουσιάζονται πέρα από τον κλασικό διαχωρισμό σε ψυχικά και οργανικά και απαιτούν σύνθετη διαχείριση.

Θεωρούμε το συνέδριο αυτό, συνέδριο όλων των κλινικών ιατρών και επαγγελματιών υγείας που αναγνωρίζουν την πολυπλοκότητα και αλληλεπίδραση όλων των πτυχών της ζωής στην προαγωγή και παρουσία βέλτιστης ψυχικής υγείας, λειτουργικότητας και ευζωίας. Σε ένα πλαίσιο φιλικό και συνεργατικό να έχουμε την ευκαιρία να μοιραστούμε εμπειρίες, ανησυχίες, προσδοκίες επιθυμίες για διάλογο με στόχο την πολυπόικλη, ουσιαστικά ολιστική φροντίδα του κάθε πολίτη.

Θα χαρούμε να σας έχουμε κοντά μας, μαζί μας, συνοδοιπόρους σε αυτόν τον διάλογο.

Ο Πρόεδρος του Συνεδρίου

Χαράλαμπος Τουλούμις

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας του Ψ.Ν.Α., Ψυχίατρος,
Σύνδεσμος Προστασίας Παιδιών & Α.Μ.Ε.Α.,
τ. Συντονιστής Διευθυντής 5ο Ψ.Τ.Ε., Ψ.Ν.Α.

Ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής

Χρήστος Τσόπελας MSc, PhD

Ψυχίατρος, Συντονιστής Διευθυντής,
2^ο Ψ.Τ.Ε. Ψ.Ν.Α.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΠΕΜΠΤΗ 3 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024

- 11:30-12:00 Προσέλευση - Εγγραφές
- 12:00-13:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 1**
WORKSHOP
Διπολική διαταραχή
Π. Φερεντίνο
Επιλογή βήμα-βήμα
Case studies step by step: Συμπεράσματα
- 13:30-14:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ 1**
Προεδρείο: **Μ. Δημητρακά, Χ. Τσόπελας**
Το πλαίσιο και οι λειτουργοί ψυχικής υγείας
Φ. Μωρόγιαννης
- 14:00-15:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 2**
WORKSHOP ΨΥΧΙΑΤΡΟΝΟΜΙΚΗΣ
Ιατρικές Γνωματεύσεις την σύγχρονη εποχή των Νευροεπιστημών
Γ. Τζεφεράκος, Χ. Τσόπελας, Δ. Πέτσας
- 15:00-16:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 3**
ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΦΥΛΟΥ
Προεδρείο: **Γ. Φλούδας**
Από τη Δυσφορία στην Ευφορία: η affirmative προσέγγιση των Ταυτοτήτων Φύλου
Γ. Φλούδας
Μη δυαδικές ταυτότητες, νέες προκλήσεις
Σ. Μπουφίδης
Παρουσίαση περιστατικού επιβεβαιωτικής θεραπείας φυλομετάβασης (τρανς - λεσβίας - γονέα) με εστίαση στη διαθεματικότητα
Π. Πάλμου
Ευφορία φύλου στα διεμφυλικά και στα μη-δυναδικά άτομα
Σ. Τσατσαρώνης



ΠΕΜΠΤΗ 3 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024

16:30-17:00 ΔΙΑΛΕΞΗ 2

Προεδρείο: **Μ. Δημητρακά**

Κατάχρηση συνταγογραφούμενων ουσιών

Κ. Κοκκώλης

17:00-17:45 ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ **Johnson&Johnson**

(σελ. 13)

17:45-18:15 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

18:15-20:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 4

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ, ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Προεδρείο: **Π. Πετρίκης, Γ. Λεονταρίτης**

Ψυχοπαθολογική θεώρηση της αρχόμενης ψύχωσης:

Από τον Klaus Conrad στον Henri Grivois

Π. Πετρίκης

Πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο και σηματοδοτικοί βιοδείκτες σε κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος

Γ. Λεονταρίτης

Υποκλινική μυοκαρδιακή νόσος σε ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Ευρήματα πριν και έναν χρόνο μετά την έναρξη της αντιψυχωτικής θεραπείας

Α. Μπεχλιούλης

Στίγμα, εναισθησία και ποιότητα ζωής σε ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο

Α. Καραμπάς

Λήξη προγράμματος 1^{ης} ημέρας - Δείπνο

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 4 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024

09:00-10:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 5
ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ
ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΟΞΕΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝΠροεδρείο: **Χ. Τσόπελας, Γ. Τζεφεράκος**Η ενσυναίσθηση ως παράγοντας διαμόρφωσης
της θεραπευτικής σχέσης**Ο. Ψωμόπουλος**

Διαχείριση των νοσηλευόμενων υπό το Άρθρο 69ΠΚ

Χ. Βρεττού

Χρήση ουσιών και διπλή διάγνωση στο τμήμα οξέων περιστατικών

Ε. ΑλβίζουΗ οργανικότητα και ο αποκλεισμός της στα πλαίσια
ενός Ψυχιατρικού Νοσοκομείου**Φ. Ραδιώτη**

Συμπεριληπτικότητα και διαθεματικότητα στη ψυχιατρική συνέντευξη

Σ. Τσατσαρώνης

Ο ρόλος της εργοθεραπευτικής παρέμβασης σε ΨΤΕ

Ε. Σκούρα10:00-11:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 6
ΤΡΑΠΕΖΙ ΝΕΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ
ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΗ ΕΤΕΡΟΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ
ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΠροεδρείο: **Χ. Τσόπελας, Μ. Δημητρακά**

Εναντιωματική προκλητική διαταραχή

Μ.Ν. Κορμπάκη, Ντ. Μαυροβούνη

Διαταραχή διαγωγής

Ι. Κουρτέσης, Κ. Ζώρα

Διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή

Α. Κουβλής, Σ. Λαμπροπούλου

Διαταραχές προσωπικότητας και ετεροκατευθυνόμενη επιθετικότητα

Μ. Οριάνου, Δ. Παπαχριστόπουλος



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 4 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024

11:00-12:00 **ΑΓΩΝΑΣ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗΣ** **WORKSHOP LAIS**

Επιλογή LAIS μετά το πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο
Επιλογή του πιο κατάλληλου για ασθενείς & φροντιστές

ΥΠΕΡ: **Γ. Τζεφεράκος**
ΚΑΤΑ: **Χ. Τσόπελας**

12:00-13:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 7** **ΑΝΑΖΗΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ** **ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ**

Προεδρείο: **Χ. Τουλούμης, Μ. Δημητρακά**

Γιατί δεν είμαι ρομπότ: τεχνητή νοημοσύνη, ψυχική υγεία και ηθική
Γ. Μητρόπουλος

Διαχείριση άγχους και ψυχικού τραύματος μέσω
της τεχνικής Music breathing

Σ. Υφαντής

Άγχος κλιματικής αλλαγής, νέα ψυχοπαθολογικά δεδομένα
Δ. Γοργόλη

13:00-14:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 8** **WORKSHOP**

«Δεν είναι αφηρημένα, έχουν ΔΕΠΥ ενηλίκων»

Δ. Αγιομυργιαννάκης

14:00-15:00 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

15:00-16:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 9** **WORKSHOP**

TRD - Κατάθλιψη

Α. Αγοραστός, Γ. Τζεφεράκος

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 4 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024

16:30-18:00 Σ Τ Ρ Ο Γ Γ Υ Λ Ο Τ Ρ Α Π Ε Ζ Ι 1 0

**ΑΝΟΙΓΟΝΤΑΣ ΤΟ ΚΟΥΤΙ ΤΗΣ ΠΑΝΔΩΡΑΣ:
ΝΕΥΡΟΝΟΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΑ ΤΟΥ LEWY**Προεδρείο: **Π. Αλεξόπουλος, Ε. Μπίλλη**

Εισαγωγή και Παρουσίαση περιστατικού

Π. Αλεξόπουλος

Ο σύνθετος κλινικός φαινότυπος της άνοιας με σωματία Lewy

Π. Φελεμέγκας

Ιατρική θεραπευτική προσέγγιση της άνοιας με σωματία Lewy

Π. Αλεξόπουλος

Η νοσηλευτική φροντίδα των ατόμων με σωματία Lewy

Α. Σούρλα, Α. Σιαμπλή

Ο ρόλος των φυσικοθεραπευτικών παρεμβάσεων

Ε. Μπίλλη

Οι ανάγκες των φροντιστών και ο ρόλος της συμβουλευτικής

Μ. Σκόνδρα18:00-18:45 Δ Ο Ρ Υ Φ Ο Ρ Ι Κ Ο Σ Υ Μ Π Ο Σ Ι Ο **Johnson&Johnson**
(σελ. 13)18:45-19:15 Δ Ο Ρ Υ Φ Ο Ρ Ι Κ Η Δ Ι Α Λ Ε Ξ Η  **VIATRIS** (σελ. 13)

19:15-20:00 Χαιρετισμοί - Έναρξη Συνεδρίου

Προεδρείο: **Χ. Τουλούμης, Χ. Τσόπελας****Δ Ι Α Λ Ε Ξ Η Τ Ε Λ Ε Τ Η Σ Ε Ν Α Ρ Ξ Η Σ**

Κατανόηση στην ψυχιατρική

Ν. Τζαβάρας**Λήξη προγράμματος 2^{ης} ημέρας - Δείπνο**



ΣΑΒΒΑΤΟ 5 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024

10:00-11:30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 11 – WORKSHOP ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ

Προεδρείο: **Ε.Σ. Γεωργίλα**

Ολιστική αντιμετώπιση της ανθεκτικής σχιζοφρένειας:
Η ιστορία ενός περιστατικού

Ε. Κονιδάρη

Οι προκλήσεις της ιατρικής φροντίδας στην ανθεκτική σχιζοφρένεια

Ε.Σ. Γεωργίλα

Η νοσηλευτική φροντίδα των ατόμων με ανθεκτική σχιζοφρένεια

Γ. Σπυροπούλου, Κλ. Διαμαντή

Κοινωνικές παρεμβάσεις κατά την οξεία φάση της ανθεκτικής
σχιζοφρένειας

Αικ. Μπατιστάτου

Ο μακρύς δρόμος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Χρ. Παπανδρέου

11:30-12:00 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ **Angelini** (σελ. 14) Pharma

12:00-12:30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕΣ

12:30-14:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 12 – WORKSHOP ΟΤΑΝ Ο ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΤΑΙ ΤΟΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟ ΚΑΙ ΤΟΝ ΠΑΘΟΛΟΓΟ

Προεδρείο: **Χ. Τουλούμης, Χ. Τσόπελας**

Πρόληψη καρδιαγγειακού κινδύνου

Α. Κότσια

Αντιμετώπιση καρδιαγγειακού κινδύνου

Β. Τσιμιχόδημος

Συζήτηση κλινικών περιστατικών

14:00-15:30 ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ

ΣΑΒΒΑΤΟ 5 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024

15:30-17:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 13
WORKSHOP

Διαταραχές προσωπικότητας - Διάγνωση - Επιδημιολογία -
Κλινική εικόνα - Θεραπευτική προσέγγιση
Μ. Παπαλιάγκα, Π. Στοφόρος, Α. Θωμάς

17:00-17:30 ΔΙΑΛΕΞΗ 3

Προεδρείο: **Χ. Τσόπελας**

Συνηθισμένα λάθη και παραλείψεις στην κλινική πρακτική
Χ. Τουλούμης

17:30-18:00 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ  (σελ. 14)18:00-19:00 ΚΛΙΝΙΚΟ
ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ  RECORDATI (σελ. 14)19:00-20:15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ 14
Αγώνας αντιπαράθεσης

Προεδρείο: **Γ. Τζεφεράκος**

Αρνητικά Συμπτώματα vs Καταθληπτικά Συμπτώματα
στη Σχιζοφρένεια - η σημασία τους στη λειτουργικότητα - αναγνώριση,
αντιμετώπιση και διαφορική διάγνωση
Β. Γρηγορίου, Χ. Τσόπελας

Σχολιαστές: **Χ. Τουλούμης, Γ. Τζεφεράκος**

Λήξη Συνεδρίου - Ανακοίνωση επόμενων δράσεων - Δείπνο



ΔΟΥΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ / ΣΥΜΠΟΣΙΑ

ΠΕΜΠΤΗ 3 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024

17:00-17:45 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ
ΜΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Προεδρείο: **Π. Φερεντίνος**

Νεότερα Δεδομένα για τη Θεραπεία της ΑΘΚ:
Τι Μαθαίνουμε από τους Ασθενείς μας;

Π. Φερεντίνος

Η Γλουταμινεργική Νευροδιαβίβαση στην Κλινική Πράξη:
Περιστατικά Ασθενών

Ουρ. Στασινοπούλου

Με την ευγενική χορηγία της εταιρείας **Johnson&Johnson** (σελ. 7)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 4 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024

18:00-18:45 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ**
ΜΕΙΩΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΚΑΙ ΣΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΑ
ΜΟΝΟΠΑΤΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΓΛΟΥΤΑΜΙΝΕΡΓΙΚΗΣ
ΝΕΥΡΟΔΙΑΒΙΒΑΣΗΣ

Προεδρείο: **Π. Πετρίκης**

Επισκόπηση των Αντικαταθλιπτικών Θεραπειών

Π. Πετρίκης

Σηματοδοτικά Μονοπάτια Ανθεκτικής στη Θεραπεία
Κατάθλιψης και η Χρήση της Εσκεταμίνης


Α. Καραμπάς

Με την ευγενική χορηγία της εταιρείας **Johnson&Johnson** (σελ. 10)

18:45-19:15 **ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**
ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΠΡΩΤΟ ΨΥΧΩΤΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ:
ΓΙΑΤΙ ΚΑΘΥΣΤΕΡΟΥΜΕ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;

Προεδρείο: **Χ. Τουλούμης**

Ομιλήτρια: **Μ. Σαμαρά**

Με την ευγενική χορηγία της εταιρείας  **VIATRIS** (σελ. 10)

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ / ΣΥΜΠΟΣΙΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 5 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024

11:30-12:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ
 ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ –
 ΤΡΑΖΟΔΟΝΗ. ΠΩΣ ΝΑ ΚΕΡΔΙΣΟΥΜΕ ΤΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ
 ΑΠΟ ΕΝΑ ΚΑΤΑΞΙΩΜΕΝΟ ΑΛΛΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΟ ΦΑΡΜΑΚΟ

Προεδρείο: **Χ. Τουλούμης**

Ομιλητής: **Χ. Τσόπελας**

Με την ευγενική χορηγία της εταιρείας



Angelini
Pharma (σελ. 11)

17:30-18:00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ
 DESVENLAFAXINE OVERVIEW

Προεδρείο: **Χ. Τσόπελας**

Ομιλητής: **Χ. Τουλούμης**

Με την ευγενική χορηγία της εταιρείας



(σελ. 12)

18:00-19:00 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

Προεδρείο: **Ι. Γκόλια**

Συζήτηση κλινικών περιστατικών καριπραζίνης Vol 3'

Μ. Δημητρακά, Ι. Τσιόπτσιας

Με την ευγενική χορηγία της εταιρείας



RECORDATI (σελ. 12)



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

► Ημερομηνίες Διεξαγωγής

3-5 Οκτωβρίου 2024

► Χώρος Διεξαγωγής

Grand Serai Hotel - Ιωάννινα

► Γλώσσα Συνεδρίου

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική.

► Η εγγραφή περιλαμβάνει

Η εγγραφή για τους Ειδικούς και Ειδικευόμενους ιατρούς περιλαμβάνει πρόσβαση στο συνεδριακό χώρο, παρακολούθηση του επιστημονικού προγράμματος, QR code για την καταμέτρηση του χρόνου παρακολούθησης, e-πιστοποιητικό παρακολούθησης με μόρια (CME-CPD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

► Μοριοδότηση

Σύμφωνα με τα κριτήρια της UEMS-EACCME χορηγούνται **23,5** μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο για τις ιατρικές ειδικότητες. Η Μοριοδότηση θα προσαρμοστεί αναλογικά με τον χρόνο παρακολούθησης.

► e-Πιστοποιητικό Παρακολούθησης

Το e-Πιστοποιητικό Παρακολούθησης θα είναι διαθέσιμο για τους συνέδρους με τη λήξη του Συνεδρίου. Θα σταλεί σχετικό email στους εγγεγραμμένους για την διαδικασία έκδοσης του e-Certificate. Για την παραλαβή του πιστοποιητικού απαιτείται η παρακολούθηση του 60% της συνολικής διάρκειας του Επιστημονικού Προγράμματος, σύμφωνα με τη σχετική εγκύκλιο του ΕΟΦ. Δεν προσμετρούνται τα δορυφορικά συμπόσια και δορυφορικές διαλέξεις.

Τα πιστοποιητικά θα αποσταλούν μετά τη λήξη του συνεδρίου, και αφού πρώτα υποβληθεί ηλεκτρονικά στη γραμματεία η αξιολόγησή του.

► Τεχνική γραμματεία

Η αίθουσα διεξαγωγής του συνεδρίου θα είναι τεχνικά εξοπλισμένη για τις παρουσιάσεις μέσω Η/Υ. Το υλικό της παρουσίασης θα πρέπει να παραδίδεται στην ειδική τεχνική γραμματεία μια ώρα πριν την παρουσίαση.

► Εμπορική έκθεση

Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών προϊόντων.

► Φορέας Διοργάνωσης



► Γραμματεία Συνεδρίου

📞 📧 📍 ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: ONE TO ONE A.E.

📍 Νίκης 16, 105 57 Αθήνα

📞 📧 📍 Τηλ. 210 7254383-385-386, Fax: 210 7254384

📧 E-mail: info@one2onesona.com

🌐 Site: www.onetoone-congress.gr

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Δ. Αγιομυργιαννάκης

Ψυχίατρος, Αντιπρόεδρος «ΑΝΑΚΤΗΣΗ»

Α. Αγοραστός

Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής Α.Π.Θ., Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Ψ.Ν.Θ.

Ε. Αλβίζου

Ειδικευόμενη Ψυχίατρος, Ψ.Ν.Α.

Π. Αλεξόπουλος

Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής - ψυχογρηγορικής Πανεπιστημίου Πατρών, Επισκέπτης Καθηγητής Ψυχιατρικής, Trinity College Dublin Και Technical University of Munich

Χ. Βρετού

Ειδικευόμενη Ψυχίατρος, Ψ.Ν.Α.

Ε.Σ. Γεωργίλα

Επιμελήτρια Α' Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Παναγία η Βοήθεια»

Ι. Γκόλια

Ψυχίατρος, Συντονίστρια - Διευθύντρια, Α' τμήμα βραχείας νοσηλείας, Ψ.Ν.Θ.

Δ. Γοργόλη

Ψυχίατρος - Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεύτρια

Β. Γρηγορίου

Ψυχίατρος, PhD, Επιμελήτης Β' Ψ.Ν.Α.

Μ. Δημητρακά

Ψυχίατρος, Επιμελήτρια Α', Ψ.Ν.Α.

Κλ. Διαμαντή

Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, Msc, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Παναγία η Βοήθεια»

Κ. Ζώρα

Ειδικευόμενη Ψυχιατρικής, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

Α. Θωμάς

Ψυχίατρος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών

Α. Καραμπάς

Ψυχίατρος, Διδάκτωρ του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Επιμελήτης Β' ΕΣΥ, Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Κ. Κοκκώλης

Ψυχίατρος, MSc Εξαρτησιολόγος, Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών

Ε. Κονιδάρη

Ειδικευόμενη Ψυχιατρικής MSc, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Μ.Ν. Κορμπάκη

Επικουρική Ψυχίατρος MSc, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

Α. Κότσια

Καρδιολόγος, Επιμελήτρια Α', Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

Α. Κουβλής

Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

Ι. Κουρτέσης

Ψυχίατρος, MSc, Επιμελήτης Β', Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο»

Σ. Λαμπροπούλου

Ειδικευόμενη Ψυχιατρικής, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

Γ. Λεονταρίτης

Επίκουρος Καθηγητής Φαρμακολογίας, Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ντ. Μαυροβούνη

Ειδικευόμενη Ψυχιατρικής, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

Γ. Μητρόπουλος

Ψυχίατρος - Ψυχοθεραπευτής

Αικ. Μπατιστάτου

Κοινωνική Λειτουργός MSW

Α. Μπεχλιούλης

Καρδιολόγος, Διδάκτωρ του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Επιμελήτης Α' ΕΣΥ, Β' Καρδιολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων



ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Ε. Μπιλλή

Καθηγήτρια Φυσικοθεραπείας Πανεπιστημίου Πατρών

Σ. Μπουφίδης

Ψυχίατρος - Ψυχοθεραπευτής, Μέλος και Επιστημονικός Συνεργάτης Σωματείου Υποστήριξης Διεμφυλικών

Φ. Μωρόγιαννης

Ψυχίατρος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων - Συγγραφέας

Μ. Οριάνου

Ψυχίατρος, Επιμελήτρια Β', Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο»

Π. Πάλμου

M.A, PhD Ψυχοθεραπεύτρια, Υπεύθυνη υγείας Τρανς και Ίντερσεξ Οικογενειών ΣΥΔ

Μ. Παπαλιάγκα

MD, PhD, Ψυχίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας

Χρ. Παπανδρέου

Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, MSc, Μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Καλλιστώ»

Δ. Παπαχριστόπουλος

Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»

Π. Πετρίκης

Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Δ. Πέτσας

Ψυχίατρος, Συντονιστής - Διευθυντής 1ο Ψ.Τ.Ε. - Ψ.Ν.Α., MSc in Forensic Psychiatry

Φ. Ραδιώτη

Ειδικευόμενη Ψυχιατρικής, Ψ.Ν.Α.

Μ. Σαμαρά

Ψυχίατρος, Αναπλ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Α. Σιαμπλή

Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, MSc, Ψυχιατρική Κλινική «Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών»

Μ. Σκόνδρα

Νοσηλεύτρια, Κοινωνιολόγος, Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια Ψυχογριατρικής τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών

Ε. Σκούρα

Εργοθεραπεύτρια, MSc, 2ο Ψ.Τ.Ε., Ψ.Ν.Α.

Α. Σούρλα

Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, MSc, Ψυχιατρική Κλινική «Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών»

Γ. Σπυροπούλου

Νοσηλεύτρια, MSc, Ψυχιατρική Κλινική «Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών»

Ουρ. Στασινοπούλου

Ψυχίατρος, Επιμελήτρια Β', Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Νοσοκομείου «Αττικόν»

Π. Στοφόρος

Ψυχίατρος - Ψυχοθεραπευτής

Ν. Τζαβάρας

Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διδάσκων - Αναλυτής

Γ. Τζεφεράκος

Ψυχίατρος, Διδάκτωρ Ψυιατροδικαστικής Ε.Κ.Π.Α., Πρόεδρος κλάδου Διπλής Διάγνωσης - Ε.Ψ.Ε., Επιστημονικός Διευθυντής Ν/Ψ Κλινικής «Παναγία η Γρηγορούσα»

Χ. Τουλούμης

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας του Ψ.Ν.Α., Ψυχίατρος, Σύνδεσμος Προστασίας Παιδιών & Α.Μ.Ε.Α., τ. Συντονιστής Διευθυντής 5ο Ψ.Τ.Ε., Ψ.Ν.Α.

Σ. Τσατσαρώνης

Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, 2ο Ψ.Τ.Ε., Ψ.Ν.Α. - Ιατρείο Φύλου

13^ο

Πανελλήνιο Διεπιστημονικό
Συνέδριο Ειδικών Ψυχιατρικών
Νοσοκομείων

&

11^ο

Πανελλήνιο Διεπιστημονικό
Συνέδριο Ολιστικής Διαχείρισης Σοβαρών
& Επιμενουσών Ψυχικών Διαταραχών

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Β. Τσιμιχοδήμος

Καθηγητής Παθολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή
Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων,
Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ Ιω-
αννίνων

Ι. Τσιόπτσιας

Ψυχίατρος Επιμελητής Α', Γ' τμήμα βραχείας
νοσηλείας, Ψ.Ν.Θ.

Χ. Τσόπελας

MSc, PhD Ψυχίατρος, Συντονιστής Διευθυντής,
2ο Ψ.Τ.Ε., Ψ.Ν.Α.

Σ. Υφαντής

Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, Ψυχιατρική Κλινική,
«Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών»

Π. Φελεμέγκας

Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής Κλινικής «Πανεπιστη-
μιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών»

Π. Φερεντίνος

Καθηγητής Ψυχιατρικής, Β' Πανεπιστημιακή Ψυ-
χιατρική Κλινική Ε.Κ.Π.Α. Νοσοκομείο «Αττικών»

Γ. Φλούδας

Ψυχίατρος - Σεξολόγος, Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ.,
Ψ.Ν.Α.

Ο. Ψωμόπουλος

Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, 2ο Ψ.Τ.Ε., Ψ.Ν.Α.



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η Εταιρεία Μελέτης Σοβαρών και Επιμενουσών Ψυχικών Διαταραχών «ΑΝΑΚΤΗΣΗ», ευχαριστεί για την υποστήριξη και τη συμβολή τους στην επιτυχία του «13^{ου} Πανελληνίου Διεπιστημονικού Συνεδρίου Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και 11^{ου} Πανελληνίου Διεπιστημονικού Συνεδρίου Ολιστικής Διαχείρισης Σοβαρών και Επιμενουσών Ψυχικών Διαταραχών» τους κάτωθι:



ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΙΖΟΝΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: Η ΥΠΟΘΕΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΜΗΓΜΑΤΟΡΡΟΪΚΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑΣ

Μαρία-Ευτυχία Πολυχρονάκη¹, Νεκτάριος Χαϊντάρ¹, Ιωάννης Ρουσιάδης², Μαρία Δημητρακά³, Σπυρίδων Μεσημβρινός⁴, Δήμητρα Κανελλοπούλου¹

¹Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, 1^ο Ψ.Τ.Ε., ²Ψυχίατρος, Επιμελητής Β', 1^ο Ψ.Τ.Ε., ³Ψυχίατρος, Επιμελήτρια Α', 1^ο Ψ.Τ.Ε., ⁴Ειδικευόμενος Νευρολογίας, 1^ο Ψ.Τ.Ε., Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Με αφορμή την παρατήρηση της αιφνίδιας εμφάνισης σμηγματορροϊκής δερματίτιδας σε τρεις ασθενείς με διαγνώσεις F20 και F25, έγινε η υπόθεση της συσχέτισης μεταξύ των παθήσεων αυτών. Η έρευνα έως τώρα έχει δείξει ότι η σχέση μεταξύ ψυχικών διαταραχών και δερματοπαθειών είναι αμφίδρομη. Λαμβάνοντας υπόψιν τον ρόλο του stress ως παράγοντα εκλυτικό τόσο για δερματικές όσο και για ψυχικές διαταραχές σε ασθενείς με σχετική προδιάθεση, υπάρχει ισχυρή υποψία ότι η επίπτωση κάποιων παθήσεων του δέρματος είναι υψηλότερη σε ασθενείς με σχιζοφρένεια απ' ό,τι σε εκείνους χωρίς αυτή τη διάγνωση. Η σύνδεση μεταξύ παθήσεων του δέρματος και σχιζοφρένειας βασίζεται μεταξύ άλλων στο κοινό ανοσολογικό τους υπόβαθρο λόγω της έκθεσης σε χρόνια stress, την κοινή εμβρυολογική προέλευση νευρώνων και δέρματος, την εμφάνιση δερματικών εκδηλώσεων ως ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων όπως τα άτυπα αντιψυχωτικά, η βουσπιρόνη, η αλοπεριδόλη και το λίθιο, αλλά και τα συμπτώματα των ασθενών με σχιζοφρένεια που μπορεί να τους καθιστούν ευάλωτους στην εμφάνιση δερματοπαθειών (παραμέληση ατομικής υγιεινής, κνησμός, κα).

Οι παθήσεις του δέρματος αποτελούν συχνή συννοσηρότητα στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, και συχνά λόγω των αρνητικών συμπτωμάτων τους υποδιαγιγνώσκονται και αντιμετωπίζονται ανεπαρκώς. Θα ήταν χρήσιμη η περαιτέρω διερεύνηση της ανωτέρω συσχέτισης και πιθανώς η πρόληψη της εμφάνισης υποτροπών των εν λόγω παθήσεων και η αντιμετώπισή τους χρησιμοποιώντας τα αντιψυχωτικά φάρμακα ως κοινά πλέον θεραπευτικά εργαλεία. Ωστόσο, τα δεδομένα δεν φαίνεται να είναι επαρκή για να αποκτήσουν ακόμη κλινική σημασία καθώς οι περισσότερες μελέτες σχετικά με τις δερματοπάθειες σε ασθενείς με ψυχικά νοσήματα βασίζονται κυρίως στην παρατήρηση, το δείγμα συνήθως είναι μικρό, καθώς και τα αναφερόμενα νοσήματα είναι αμοιβαία πολυπαραγοντικά με αποτέλεσμα να είναι δυσχερής η αποσαφήνιση της μεταξύ τους συσχέτισης.



ΑΝΕΡΓΙΑ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ

Ο. Ψωμόπουλος, Ε. Αλβίζου, Φ. Ραδιώτη, Σ. Τσατσαρώνης, Χ. Βρεττού
2ο Ψυχιατρικό Τμήμα Εισαγωγών, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ανεργίας, κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας. Μέσω ανάλυσης επιδημιολογικών μελετών αυτοκτονιών από διάφορες χώρες έγινε εξέταση της συσχέτισης μεταξύ των ποσοστών ανεργίας, της κατάθλιψης και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Για τα αποτελέσματα, επιλέχθηκαν σημαντικά στατιστικά δεδομένα που αποκαλύπτουν τη συσχέτιση μεταξύ ανεργίας, κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας και τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις σχέσεις. Η ανεργία έχει άμεση συσχέτιση με την αύξηση της κατάθλιψης και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, μια παρατήρηση που τονίζει την ανάγκη για ολοκληρωμένες δημόσιες υγειονομικές παρεμβάσεις που απευθύνονται στις οικονομικές και ψυχολογικές συνέπειες της ανεργίας

Βιβλιογραφία

1. McGee, R., & Thompson, S. (2015). Relationship between socioeconomic status and depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 103-112. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.049>.
2. Blakely, T., Collings, S. C., & Atkinson, J. (2003). Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(8), 594-600. <https://doi.org/10.1136/jech.57.8.594>.
3. Crabtree, B. F. (2011). The impact of the Great Recession on mental health: A review. *Family Medicine*, 43(10), 697-701. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191601/>.
4. Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2011). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *The Lancet*, 378(9786), 315-323. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61570-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61570-9).
5. Barr, B., Taylor-Robinson, D., Scott-Samuel, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2012). Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: Time trend analysis. *BMJ*, 345, e5142. <https://doi.org/10.1136/bmj.e5142>.
6. Weir, K. (2019). The rising suicide rate: What's driving it—and what can be done? *American Psychological Association*, 50(9), 24-31. Retrieved from <https://www.apa.org/monitor/2019/09/cover-suicide-rate>.

ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΑΜΙΣΟΥΛΠΡΙΔΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗΣ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΤΟ ΨΝΑ ΛΟΓΩ ΨΥΧΩΣΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Νεκτάριος-Νέμερ Χαϊντάρ-Αχμάντ¹, Ιωάννης Ρουσιάδης², Μαρία-Ευτυχία Πολυχρονάκη³, Σπύρος Μεσημβρινός⁴, Δήμητρα Κανελλοπούλου³

¹Ειδικευόμενος Ψυχιατρικής, ²Ψυχίατρος, ³Ειδικευόμενη Ψυχίατρος, ⁴Ειδικευόμενος Νευρολογίας, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Μέθοδος: Κλινική αξιολόγηση και βιβλιογραφική ανασκόπηση

Εισαγωγή: Η αμισουλπρίδη είναι ένα άτυπο αντιψυχωτικό με δράση D3 αποκλειστή και μερικού αγωνιστή των D2 υποδοχέων. Η αποτελεσματικότητά της έχει τεκμηριωθεί καλύτερα σε ασθενείς με προεξάρχοντα αρνητικά συμπτώματα και θεωρείται ότι προκαλεί βελτίωση αλλά όχι πλήρη αποδρομή των θετικών συμπτωμάτων. Σε αντίθεση με τα περισσότερα αντιψυχωτικά, μεταβολίζεται ελάχιστα στο ήπαρ και απεκκρίνεται κυρίως αμετάβλητη από τους νεφρούς.

Παρουσίαση περιστατικών: Σε σύνολο 5 ασθενών με διαταραχές του σχιζοφρενικού φάσματος (4 με διάγνωση F20 και 1 με F29) αλβανικής καταγωγής που νοσηλεύτηκαν στο 1ο ΨΤΕ του ΨΝΑ από τον Ιούνιο του 2023 μέχρι τον Αύγουστο του 2024, 3 έδειξαν σημαντική βελτίωση με την χορήγηση αμισουλπρίδης ως βασικής θεραπείας.

Το σύνολο των ασθενών εμφάνιζε προεξάρχουσα θετική συμπτωματολογία με παρουσία παραληρητικών ιδεών και αντιληπτικών διαταραχών κατά την έναρξη της νοσηλείας.

Όλοι οι ασθενείς έλαβαν αρχικά άλλη αντιψυχωτική αγωγή πλην της αμισουλπρίδης (ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη ή αλοπεριδόλη) σε επαρκή δόση για άνω της 1 εβδομάδας. Οι 2 έδειξαν βελτίωση της θετικής συμπτωματολογίας με την χρήση ρισπεριδόνης. Οι εναπομείναντες 3 έλαβαν αμισουλπρίδη ως βασική θεραπεία, μετά την αποτυχία των προηγούμενων σχημάτων (2 ως δεύτερο θεραπευτικό σχήμα, 1 ως τρίτο). Εξ αυτών, δύο (1Α, 1Θ) ασθενείς έλαβαν αμισουλπρίδη ως μονοθεραπεία, ενώ 1 ασθενής έλαβε και αριπιπραζόλη 10mg/ημερησίως ως επικουρική θεραπεία μετά από εμφάνιση υπερπρολακτιναιμίας. Στον άρρενα ασθενή συνυπήρχε διαταραχή κατάχρησης αλκοόλ. Ένας εκ των ασθενών εμφάνισε πλήρη ύφεση της θετικής συμπτωματολογίας, ενώ οι υπόλοιποι εμφάνισαν σημαντική βελτίωση ως προς τις παραληρητικές ιδέες και πλήρη ύφεση των αντιληπτικών διαταραχών.

Υποθέσεις: Με τα ως άνω δεδομένα, παρά το μικρό δείγμα, τίθεται η υποψία της υπεροχής της αμισουλπρίδης στην συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα έναντι των άλλων κοινώς χρησιμοποιούμενων αντιψυχωτικών στην αντιμετώπιση των θετικών συμπτωμάτων.

Δύο υποθέσεις για την ερμηνεία μιας πιθανής υπεροχής:

- Η παρουσία συγκεκριμένων πολυμορφισμών σε γονίδια που κωδικοποιούν πρωτεΐνες εμπλεκόμενες στην υποκείμενη παθοφυσιολογία της ψύχωσης. Σε μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλες πληθυσμιακές ομάδες (Κορεάτες ασθενείς με σχιζοφρένεια) έχει καταγραφεί συσχέτιση ανάμεσα σε συγκεκριμένα αλληλία (rs7968606 SNP στην περιοχή του γονιδίου της ANKS1B, rs8636 και rs3746544 SNPs στο γονίδιο της SNAP25) και την ανταπόκριση στην αμισουλπρίδη. Ωστόσο ο πληθυσμός καταγωγής των ασθενών που παρατηρήσαμε δεν έχει χαρτογραφηθεί για την ύπαρξη τυχών σχετικών πολυμορφισμών
- Πιθανή αυξημένη εμφάνιση υπερμεταβολιστών των υπόλοιπων κοινώς χρησιμοποιούμενων αντιψυχωτικών στην συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Σε μία τέτοια ομάδα, η αμισουλπρίδη που απεκκρίνεται κυρίως αμετάβλητη, θα εμφάνιζε υπεροχή έναντι των υπόλοιπων αντιψυχωτικών που υποβάλλονται σε εκτεταμένο ηπατικό μεταβολισμό. Η υπόθεση αυτή



θα μπορούσε να διερευνηθεί με την μέτρηση των επιπέδων στο πλάσμα των υπό μελέτη αντιψυχωτικών, πράγμα που δεν αποτελεί κοινή πρακτική.

Συμπεράσματα: Η amisulopρίδη έχει θέση στην αντιμετώπιση των θετικών συμπτωμάτων της ψυχώσης. Περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε ενδεχομένως να αναδείξει ειδικές υποομάδες ασθενών με καλύτερη ανταπόκριση στην συγκεκριμένη ουσία.

Με την ανάπτυξη της φαρμακογονιδιωματικής προκύπτει η προοπτική προσδιορισμού θεραπειών με βέλτιστη ανταπόκριση για συγκεκριμένες ομάδες και άτομα.

Παραπομπές

- Kang, S., Chee, I., Chang, H. S., Na, K., Lee, K., & Lee, J. (2017). Polymorphism of the SNAP25 gene is associated with symptom improvement in schizophrenic patients treated with amisulpride. *Neuroscience Letters*, 661, 46–50. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.09.041>.
- Kang, S., Chee, I., Lee, K., & Lee, J. (2017). rs7968606 polymorphism of ANKS1Bis associated with improvement in the PANSS general score of schizophrenia caused by amisulpride. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, 32(2), e2562. <https://doi.org/10.1002/hup.2562>.
- Younis, R. M., Taylor, R. M., Beardsley, P. M., & McClay, J. L. (2019). The ANKS1B Gene and its Associated Phenotypes: Focus on CNS Drug Response. *Pharmacogenomics*, 20(9), 669–684. <https://doi.org/10.2217/pgs-2019-0015>.
- Stahl, S. M. (2020). *Prescriber's Guide*. <https://doi.org/10.1017/9781108921275>.

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Ο. Ψωμόπουλος, Χ. Βρεττού, Ε. Αλβίζου, Φ. Ραδιώτη, Σ. Τσατσαρώνης
2^ο Ψυχιατρικό Τμήμα Εισαγωγών, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε 39 μελέτες που εξετάζουν γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην αυτοκτονική συμπεριφορά. Κατά τη μελέτη των γενετικών παραγόντων αναδεικνύεται κληρονομικότητα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς της τάξεως του 17-50%, και οι περιβαλλοντικών παραγόντων φαίνεται πως μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας έως και 3,79 φορές. Μελέτες διδύμων και υιοθεσίας ενισχύουν περαιτέρω την κληρονομική συσχέτιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Περισσότερα από 200 γονίδια έχουν βρεθεί να έχουν συσχέτιση με την αυτοκτονική συμπεριφορά, όπως γονίδια που σχετίζονται με τη σύνθεση σεροτονίνης και του BDNF. Το αντίκτυπο των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων μπορεί να φανεί σε αλλαγές στην έκφραση των γονιδίων, καθώς σε άτομα που έχουν προβεί σε απόπειρα αυτοκτονίας παρατηρούνται αλλαγές στη μεθυλίωση του DNA σε γενετικούς τόπους που εκφράζουν νευροτροφικούς και νευροπροστατευτικούς παράγοντες στον ιππόκαμπο και στον προμετωπιαίο φλοιό. Οι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου μπορούν δυναμικά να προβλέψουν ευπάθεια σε αυτοκτονική συμπεριφορά. Οι παράγοντες αυτοί φαίνεται να αλληλεπιδρούν σε βιολογικό επίπεδο, δίχως κάποιος από αυτούς να δρα μεμονωμένα. Ενώ οι γενετική προδιαθέσι αυξάνει την ευαλωτότητα σε αυτοκτονικές συμπεριφορές, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες συχνά φαίνεται να λειτουργούν ως πυροδοτές. Η αναγνώριση αυτών των παραγόντων και η στοχευμένη και έγκαιρη παρέμβαση σε ευπαθή άτομα είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς

Βιβλιογραφία

1. Tidemalm, D., Runeson, B., Waern, M., Frisell, T., Carlström, E., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2011). Familial clustering of suicide risk: A total population study of 11.4 million individuals. *Psychological Medicine*, 41(12), 2527-2534. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000833>.
2. Fu, Q., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Glowinski, A. L., Goldberg, J., ... & Tsuang, M. T. (2002). A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological Medicine*, 32(1), 11-24. <https://doi.org/10.1017/S0033291701004846>.
3. Brent, D. A., Melhem, N., Donohoe, M. B., & Walker, M. (2015). Familial pathways to early-onset suicide attempt: Risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 1097-1104. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.1097>.
4. Pedersen, N. L., & Fiske, A. (2010). Genetic influences on suicide and nonfatal suicidal behavior: Twin study findings. *European Psychiatry*, 25(5), 264-267. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.01.008>.
5. von Borczyskowski, A., Lindblad, F., Vinnerljung, B., & Hjert, A. (2011). Suicidal behaviour in national and international adult adoptees: A cohort study of 2 million people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(12), 1143-1149. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0282-8>.
6. Brezo, J., Klempan, T., & Turecki, G. (2008). The genetics of suicide: A critical review of molecular studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 179-203. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.01.008>.
7. Willour, V. L., Zandi, P. P., Badner, J. A., Steele, J., Miao, K., Lopez, V., ... & McMahon, F. J. (2007). Attempted suicide in bipolar disorder pedigrees: Evidence for linkage to 2p12. *Biological Psychiatry*, 61(6), 725-727. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.06.019>.
8. Statham, D. J., Heath, A. C., Madden, P. A., Bucholz, K. K., Bierut, L. J., Dinwiddie, S. H., ... & Martin, N. G. (1998). Suicidal behaviour: An epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine*, 28(4), 839-855. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006916>.



9. Labonté, B., Suderman, M., Maussion, G., Navaro, L., Yerko, V., Mahar, I., ... & Mechawar, N. (2013). Genome-wide epigenetic regulation by early-life trauma. *Archives of General Psychiatry*, 70(7), 682-692. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2324>.
10. Schneider, E., El Hajj, N., Müller, F., Navarro, B., Haaf, T., & Schneider, M. (2015). Epigenetic dysregulation in the prefrontal cortex of suicide completers. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 18(3), pyu071. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyu071>.

Η ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΧΟΡΟΥ ΤΟΥ 1518: ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ιωάννης Ρουσιάδης, Μαρία Χατζηβασιλόγλου

Ψυχίατρος, ΨΝΑ

Η παρουσίαση αυτή εστιάζει στην «Επιδημία Χορού του 1518», ένα από τα πιο παράξενα και ανεξήγητα φαινόμενα στην ιστορία της ιατρικής, το οποίο έλαβε χώρα στο Στρασβούργο, τότε μέρος της Αγίας Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας. Τον Ιούλιο του 1518, μια γυναίκα ονόματι Frau Troffea άρχισε να χορεύει ασταμάτητα στους δρόμους της πόλης. Μέσα σε λίγες ημέρες, εκατοντάδες άνθρωποι ακολούθησαν το παράδειγμά της, παρασυσρόμενοι σε έναν αδιάκοπο και παρατεταμένο χορό, που συχνά διαρκούσε για ώρες ή ακόμα και ημέρες. Η πόλη βρέθηκε σε πανικό, με τις αρχές να προσπαθούν ανεπιτυχώς να περιορίσουν το φαινόμενο, το οποίο τελικά διήρκεσε για αρκετές εβδομάδες και οδήγησε σε εξάντληση και θάνατο πολλούς από τους συμμετέχοντες.

Το φαινόμενο αυτό συνέβη σε μια εποχή που η Ευρώπη ταλαιπωρούνταν από πολέμους, επιδημίες και κοινωνικές αναταραχές, γεγονός που μπορεί να συνέβαλε στην εξάπλωση της χορευτικής μανίας. Στην παρουσίαση, γίνεται αναφορά στο ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο της εποχής, όπου οι ασθένειες και οι ψυχικές διαταραχές συχνά αποδίδονταν σε υπερφυσικές δυνάμεις ή θείκη τιμωρία. Το φαινόμενο αυτό, που ονομάστηκε «χορευτική πανούκλα», συνδέεται με την ένταση των κοινωνικών πιέσεων και της θρησκευτικής εμμονής της εποχής.

Στη συνέχεια, η παρουσίαση εξετάζει τις πιθανές αιτίες αυτού του φαινομένου. Μια από τις θεωρίες είναι ο Εργοτισμός, δηλαδή η κατανάλωση μολυσμένης από μύκητες σίκαλης, η οποία μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικά και φυσικά συμπτώματα όπως σπασμούς και παράλογη συμπεριφορά. Άλλη θεωρία αναφέρεται στη μαζική υστερία, όπου οι άνθρωποι μιμούνται τη συμπεριφορά των άλλων, ιδιαίτερα σε περιόδους κρίσης ή άγχους. Ψυχολογικοί παράγοντες, όπως το τραύμα, το άγχος ή η επιθυμία για προσοχή, επίσης αναφέρονται ως πιθανοί παράγοντες.

Ειδική αναφορά γίνεται στις σύγχρονες ψυχιατρικές ερμηνείες του φαινομένου, όπου αναγνωρίζονται ομοιότητες με σύγχρονες ψυχιατρικές διαταραχές. Οι ακούσιες και επαναλαμβανόμενες κινήσεις των χορευτών θα μπορούσαν να σχετίζονται με διαταραχές κίνησης, όπως το σύνδρομο Tourette ή η διαταραχή μετατροπής, όπου το ψυχολογικό στρες μετατρέπεται σε σωματικά συμπτώματα.

Η παρουσίαση καταλήγει στη σύγχρονη ερμηνεία της επιδημίας χορού ως ένα παράδειγμα μαζικής ψυχογενούς ασθένειας, όπου μια ομάδα ανθρώπων εμφανίζει ξαφνικά φυσικά συμπτώματα χωρίς οργανική αιτία, επηρεασμένη από ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Σημειώνεται ότι το φαινόμενο αυτό δεν ήταν απομονωμένο, αλλά εντάσσεται σε ένα συγκεκριμένο ιστορικό πλαίσιο, με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και τις κοινωνικές πιέσεις να παίζουν καθοριστικό ρόλο.

Η παρουσίαση ολοκληρώνεται με την επισήμανση ότι η χορευτική επιδημία του 1518 παραμένει ένα μυστήριο, αλλά η μελέτη της προσφέρει πολύτιμα μαθήματα για την κατανόηση των μαζικών ψυχολογικών φαινομένων. Παρά τις δυσκολίες στην ανάλυση λόγω της έλλειψης αξιόπιστων πηγών και των διαφορετικών ερμηνειών, το φαινόμενο αυτό εξακολουθεί να απασχολεί τους επιστήμονες και να έχει σύγχρονες εφαρμογές, από την ψυχιατρική και την ψυχολογία μέχρι την επιδημιολογία και την κοινωνιολογία.



Η ΚΑΡΙΠΡΑΖΙΝΗ ΣΤΙΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Χ. Ιστίκογλου, Ε. Ανδρέου

Ψυχιατρικό Τμήμα, ΓΝ Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»-Πατησίων

Σκοπός: Η Καριπραζίνη ενδείκνυται για τη θεραπεία της Σχιζοφρένειας σε ενήλικους ασθενείς. Η θεραπευτική της δράση έχει διττή σημασία: σαν αποκλειστής των D2 υποδοχέων ντοπαμίνης, σαν μερικός αγωνιστής στους υποδοχείς D2 και D3 ντοπαμίνης, και σαν μερικός ανταγωνιστής στους υποδοχείς 5HT_{2B} και 5HT_{2A} της σεροτονίνης, καθώς και αποκλειστής των υποδοχέων της ισταμίνης H₁. Σκοπός του παρόντος πονήματος είναι η ανάδειξη της αντιμετώπισης των Συναισθηματικών Διαταραχών.

Υλικό & Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 30 ασθενείς (n=30) των εξωτερικών Ψυχιατρικών Ιατρείων του ημετέρου Ψυχιατρικού Τμήματος, εκ των οποίων 15 άνδρες και 15 γυναίκες, που έπασχαν από Διπολική Διαταραχή Τύπου Ι. Σε όλους τους ασθενείς δόθηκε το ερωτηματολόγιο YMRS (Young Mania Related Scale) προ της έναρξης της θεραπείας και 30 ημέρες μετά την έναρξη θεραπείας με Καριπραζίνη 6 mg σε συνδυασμό με βαλπροϊκό νάτριο 1000mg ημερησίως.

Αποτελέσματα: Από τους 30 ασθενείς, οι 25 παρουσίασαν σαφή μείωση της Κλίμακας YMRS (ποσοστό 75%), από τους οποίους οι 13 ήσαν γυναίκες και οι 12 άνδρες, κατ'αναλογία. Στην παρούσα έρευνα δεν διαπιστώθηκε υπεροχή στην ανταπόκριση στη θεραπεία, είτε ανδρών, είτε γυναικών.

Συμπεράσματα: Η Καριπραζίνη αποτελεί νέα θεραπεία στην αντιμετώπιση της Διπολικής Διαταραχής Τύπου Ι. Απαιτείται βέβαια η ολοκλήρωση της μελέτης με μεγαλύτερη δεξαμενή ασθενών.

Βιβλιογραφία

1. Edinoff A, Ruoff MT, Ghaffar YT et al. Cariprazine to Treat Schizophrenia and Bipolar Disorder in Adults. *Psychopharmacol Bull* 2020; 50(4):83-117.

Η ΛΟΥΡΑΣΙΔΟΝΗ ΣΤΙΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Χ. Ιστίκογλου, Ε. Ανδρέου

Ψυχιατρικό Τμήμα, ΓΝ Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»-Πατησίων

Σκοπός: Η Λουρασιδόνη είναι ένας εκλεκτικός παράγοντας αποκλεισμού των επιδράσεων της Ντοπαμίνης και ενδείκνυται για τη θεραπεία της Σχιζοφρένειας. Η Λουρασιδόνη συνδέεται ισχυρά σε Ντοπαμινεργικούς D2 και σε Σεροτονινεργικούς 5HT2A και 5HT7 υποδοχείς. Σκοπός του παρόντος πονήματος είναι η συμβολή της Λουρασιδόνης στη θεραπεία των Συναισθηματικών Διαταραχών.

Υλικό & Μέθοδοι: Εξετάστηκαν 10 ασθενείς (n=10), 5 άνδρες και 5 γυναίκες, με Διπολική Διαταραχή, οι οποίοι έλαβαν θεραπεία με Λουρασιδόνη 75mg σε συνδυασμό με Βαλπροϊκό Νάτριο. Στους ασθενείς δόθηκε η Κλίμακα YMRS (Young Mania Related Scale) προ της έναρξης της θεραπείας και 30 ημέρες μετά την έναρξη θεραπείας με Λουρασιδόνη.

Αποτελέσματα: Από τους 10 ασθενείς (n=10) στη θεραπεία ανταποκρίθηκαν οι 8 (n=8) σε ποσοστό 80%, εκ των οποίων 5 ήσαν γυναίκες και 3 άνδρες, και παρουσίασαν σαφή μείωση στην Κλίμακα YMRS, χωρίς να είναι γνωστός ο λόγος που οι γυναίκες ανταποκρίθηκαν περισσότερο στη θεραπεία της Διπολικής Διαταραχής παρά οι άνδρες, οι οποίοι είχαν φτωχή ανταπόκριση.

Συμπεράσματα: Η Λουρασιδόνη μπορεί στο μέλλον να συμπεριληφθεί στη θεραπεία της Διπολικής Διαταραχής, ωστόσο απαιτούνται περισσότερες μελέτες με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, ανδρών και γυναικών.

Βιβλιογραφία

1. Teresa Guilera, Juan Pablo Chart Pascual, Maria del Carmen Blasco et al. Lurasidone for the treatment of schizophrenia in adult and paediatric populations. *Drugs Context* 2023; 12:2022-10-1.
2. Haro JM, McGrath JJ. The Burden of schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology* 2022; 57:33-35.



Η ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Ο. Φωμόπουλος, Φ. Ραδιώτη, Σ. Τσατσαρώνης, Χ. Βρεττού, Ε. Αλβίζου
2^ο Ψυχιατρικό Τμήμα Εισαγωγών, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Διερεύνηση της επίδρασης της άσκησης στην ψυχική υγεία και η ανάδειξη των νευροβιολογικών μηχανισμών μέσω των οποίων η άσκηση ασκεί νευροπροστατευτική δράση, μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Η παρουσίαση έχει σκοπό να αναδείξει τους νευροβιολογικούς μηχανισμούς μέσω τους οποίους η άσκηση ασκεί νευροπροστατευτικό αποτέλεσμα και επιφέρει συνολικά βελτίωση της ψυχικής υγείας. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται δεδομένα από μετα-αναλύσεις για επιμέρους διαταραχές που φαίνεται πως η τακτική άσκηση μπορεί να επιφέρει σημαντική μείωση των συμπτωμάτων και βελτίωση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Η ανάδειξη των δεδομένων υποστηρίζει την άποψη πως η συχνή φυσική δραστηριότητα θα πρέπει να θεωρείται ως ένα αναπόσπαστο κομμάτι των θεραπειών στην ψυχική υγεία.

Βιβλιογραφία

1. Erickson, K. I., Voss, M. W., Prakash, R. S., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L., ... Kramer, A. F. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(7), 3017–3022.
2. Vaynman, S., & Gomez-Pinilla, F. (2006). Interplay between brain-derived neurotrophic factor and insulin-like growth factor 1 in the regulation of synaptic plasticity. *Neuroscience*, 139(2), 523-530.
3. Meeusen, R., Piacentini, M. F., & De Meirleir, K. (2006). Exercise and brain neurotransmission. *Sports Medicine*, 36(3), 235–256.
4. Petersen, A. M. W., & Pedersen, B. K. (2005). Exercise and interleukin-6 in humans. *Sports Medicine*, 35(6), 411– 436.
5. Cotman, C. W., & Berchtold, N. C. (2002). Exercise: a behavioral intervention to enhance brain health and plasticity. *Trends in Neurosciences*, 25(6), 295–301.
6. Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., ... Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(9).
7. Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Moore, K. A., Craighead, W. E., Herman, S., Khatri, P., ... Krishnan, K. R. R. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of Internal Medicine*, 159(19), 2349–2356.
8. Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Firth, J., Cosco, T., Veronese, N., ... & Schuch, F. B. (2017). An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 249, 102-108.
9. Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Steel, Z., Newby, J., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2015). Physical activity in the treatment of post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 230(1), 13-19.
10. Smith, P. J., & Lynch, T. R. (2012). The effects of exercise on substance use disorders: a meta-analysis. *American Journal of Health Promotion*, 27(1), e1-e12.

ΚΙΝΗΜΑΤΟΓΡΑΦΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χ. Ιστίκογλου, Ε. Ανδρέου

Ψυχιατρικό Τμήμα, ΓΝ Νέας Ιωνίας «Κωνσταντοπούλειο»-Πατησίων

Σκοπός: Η επισκόπηση της αισθητικής θεωρίας για τον ορισμό της τέχνης καθιστά κατανοητό ότι το καλλιτέχνημα, η πράξη της δημιουργίας και ο προσλαμβάνων είναι τα τρία στοιχεία από τα οποία συνίσταται ο όρος τέχνη.

Υλικό & Μέθοδοι: Η ιχνηλασία της καταγωγής της κινηματογραφοθεραπείας οδηγεί σε άλλες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές που χρησιμοποίησαν συγκεκριμένα είδη τέχνης.

Αποτελέσματα: Η κινηματογραφοθεραπεία στηρίζεται στην πολυεπίπεδη επενέργεια της ταινίας στον θεατή/αναλυόμενο για να εκμαιεύσει μοτίβα συμπεριφοράς, να εντοπίσει προβολές και εξιδανικεύσεις, και να το επεξεργαστεί.

Συμπεράσματα: Η κινηματογραφοθεραπεία χρησιμοποιεί τις εξής άμυνες του εγώ: προβολή, ταύτιση, ενδοβολή, μετουσίωση, εξιδανίκευση.

Βιβλιογραφία

1. Tyler JM & Reynolds T (1998). Using feature films to teach group counseling. *The Journal for Specialists in Group Work*, 23(1):7-21.
2. Salomon G (2001). *Reel Therapy: How Movies Inspire You to Overcome Life's Problems*. Lebar-Friedman Books, New York 2001.



ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΟΒΑΡΗΣ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΠΟΛΥΔΙΨΙΑ

Α. Παπαγεωργίου¹, Χ. Βρεττού², Κ. Καψάλης¹, Δ. Ταμπάκη¹

¹Παθολογική Κλινική – Παθολογικός Τομέας, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, ²2^ο Ψυχιατρικό Τμήμα Εισαγωγών, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Άνδρας 57 ετών με ιστορικό σχιζοφρένειας και ψυχογενούς πολυδιψίας, νοσηλεύομενος στο ΨΝΑ, παρουσίασε σταδιακή μείωση της συγκέντρωσης του νατρίου στο αίμα, με διαρκείς διακυμάνσεις αυτής, παρά τις συστηματικές ιατρικές παρεμβάσεις με στόχο την αποκατάσταση της ηλεκτρολυτικής διαταραχής και την πρόληψη σοβαρής υπονατριάμιας. Σε έδαφος ψυχογενούς πολυδιψίας, η συγκέντρωση νατρίου του ασθενούς στο αίμα σημείωσε τιμή 100mmol/L, με συνοδό κλινική εικόνα εμέτων, αιμοδυναμικής αστάθειας και νευρολογικών επιπλοκών, χωρίς, ωστόσο, να παρουσιάζονται παθολογικά ευρήματα στην Αξονική Τομογραφία Εγκεφάλου. Ο ασθενής τέθηκε άμεσα σε ενυδάτωση και συστηματική παρακολούθηση και η συγκέντρωση του νατρίου στο αίμα αυξήθηκε προσοδευτικά, σταθεροποιούμενη σε ένα εύρος τιμών που κυμαίνονταν μεταξύ 128-136 mmol/L, χωρίς να καταγράφονται συμπτώματα υπονατριάμιας. Σε περιπτώσεις σοβαρής υπονατριάμιας (Na ορού \leq 119mmol/L) ο ασθενής δύναται να παρουσιάσει εγκεφαλοπάθεια και να οδηγηθεί σε κώμα. Στις κυριότερες αιτίες της υπονατριάμιας περιλαμβάνεται η ψυχογενής πολυδιψία, το σύνδρομο απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης, η συστηματική διάρροια και οι έμετοι, η νόσος του Addison, ο υποθυρεοειδισμός, καθώς και η χορήγηση φαρμάκων όπως τα διουρητικά και τα αντικαταθλιπτικά.

Βιβλιογραφία

1. Ellis SJ. Severe hyponatraemia: complications and treatment. QJM 1995;88:905-909.
2. Verghese C, de Leon J, Josiassen RC. Problems and progress in the diagnosis and treatment of polydipsia and hyponatremia. Schizophr Bull. 1996; 22: 455-464.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ 74ΧΡΟΝΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΤΑΤΟΝΙΑ ΜΕ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΕΤΑΜΙΝΗΣ

Μ. Δημητρίου, Π. Αργίτης, Ζ. Χαβιάρας
Ψυχιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας

Η περιοδική κατατονία είναι ένα σπάνιο σύνδρομο με ασαφή αιτιολογία, που χαρακτηρίζεται από κυκλικά κατατονικά επεισόδια με ασυμπτωματικά διαστήματα. Η διάγνωση βασίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια και η θεραπεία μπορεί να είναι δύσκολη, ειδικά σε ηλικιωμένους με συννοσηρότητες. Στην περίπτωση μιας 74χρονης γυναίκας, μετά την αλλαγή από βενλαφαξίνη σε σερτραλίνη, εμφανίστηκε το πρώτο επεισόδιο. Οι αρχικές θεραπείες δεν ήταν αποτελεσματικές, ενώ η ενδοφλέβια κεταμίνη οδήγησε σε σημαντική βελτίωση. Η αντιμετώπιση της κατατονίας απαιτεί εξατομικευμένη προσέγγιση, λαμβάνοντας υπόψη την κλινική κατάσταση και το ιστορικό του ασθενούς.



ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΟΣΟ HUNTINGTON ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΗ ΕΝΑΡΞΗ ΨΥΧΟ-ΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Σπυρίδων Μεσημβρινός¹, Ρουσιάδης Ιωάννης²

¹Ειδικευμένος Νευρολόγος, ²Ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, 1^ο Ψ.Τ.Ε

Εισαγωγή: Η νόσος του Huntington είναι μία κληρονομική, νευροεκφυλιστική διαταραχή που οφείλεται σε αυξημένο αριθμό επαναλήψεων (>40) τρινουκλεοτιδίων CAG στο γονίδιο που κωδικοποιεί τη πρωτεΐνη χαντιγκτίνη(huntingtin), το οποίο εντοπίζεται στο χρωμόσωμα 4p16.3.Κληρονομείται με τον αυτοσωμικό επικρατικό τύπο και παρουσιάζει την τριάδα χορείας, έκπτωσης νοητικών λειτουργιών και ψυχιατρικής συμπτωματολογίας συνήθως κατά την 4^η και 5^η δεκαετία της ζωής. Οι ψυχιατρικές εκδηλώσεις ποικίλλουν και μπορεί να προηγούνται των κινητικών και γνωστικών διαταραχών. Οι αλλαγές στην προσωπικότητα και η κατάθλιψη εμφανίζονται συχνότερα. Ψυχωσική συμπτωματολογία εμφανίζεται στο 6% έως 25% των περιπτώσεων. Παρουσιάζεται η περίπτωση νεαρού ενήλικα με προεξάρχουσα ψυχιατρική συμπτωματολογία στα πρώιμα στάδια της νόσου.

Περιγραφή περιστατικού: Πρόκειται για ασθενή 38 ετών με ψυχιατρική παρακολούθηση από την ηλικία των 24 ετών με πρώτη διάγνωση συναισθηματική διαταραχή. Στην ηλικία των 30 ετών παρουσίασε παραγωγική συμπτωματολογία και ετέθη η διάγνωση της σχιζοφρένειας, έλαβε αγωγή με διάφορα αντιψυχωσικά χωρίς πλήρη έλεγχο των συμπτωμάτων. Προσήλθε στην κλινική μας με κινητικά συμπτώματα τα οποία είχαν έναρξη από έτους και είχαν αποδωθεί αρχικά σε παρενέργειες αντιψυχωσικών. Κατά τη νοσηλεία του παρουσίαζε αμβλύ συναίσθημα, νοητική και λειτουργική έκπτωση, ευερεθιστότητα και ψυχοκινητική διέγερση και παραληρητικές ιδέες δηλητηρίασης και επιβούλευσης. Από τη νευρολογική εξέταση διαπιστώθηκε γενικευμένη χορεία, δυσarthρία χορειοακή βάδιση και δυσκαταποσία. Εστάλη γενετικός έλεγχος για χορεία του Huntington ο οποίος ήταν θετικός. Σημειώνεται ότι ο ασθενής δεν είχε γνωστό οικογενειακό ιστορικό της νόσου. Κατά τη πορεία της νοσηλείας του παρουσίασε ύφεση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας με per os αλοπεριδόνη και διαζεπάμη, ενώ κατά το εξιτήριο από τη νευρολόγο προστέθηκε αγωγή με τετραβεναζίνη.

Συμπέρασμα: Το εν λόγω περιστατικό παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω της προεξάρχουσας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας σε νεαρή ηλικία, του ασαφούς οικογενειακού ιστορικού και των ήπιων κινητικών διαταραχών στα πρώτα στάδια της νόσου τα οποία αποδώθηκαν σε παρενέργειες Φ.Α. και όλα τα παραπάνω απομάκρυναν τη διαφοροδιάγνωση από την οργανική αιτιολογία της νόσου. Λόγω της ανάγκης συνεργασίας αρκετών ειδικοτήτων (νευρολόγου, ψυχιάτρου, φυσικοθεραπευτή, λογοθεραπευτή) για την αντιμετώπιση της νόσου καθώς και γενετικής συμβουλευτικής μετά τη διάγνωση, σκόπιμο είναι να περιλαμβάνεται στη διαφορο-διαγνωστική προσέγγιση ασθενών με κινητικές διαταραχές και ψυχιατρική συμπτωματολογία.

ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Ο. Ψωμόπουλος, Σ. Τσατσαρώνης, Χ. Βρεττού, Ε. Αλβίτζου, Φ. Ραδιώτη
2^ο Ψυχιατρικό Τμήμα Εισαγωγών, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Αξιολόγηση των φαρμακολογικών προσεγγίσεων κατά τη διαχείριση της επιθετικότητας σε ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή και η χρήση ουσιών, εντός του περιβάλλοντος της ψυχιατρικής κλινικής, μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης, συμπεριλαμβανομένων μετα-αναλύσεων, τυχαιοποιημένων μελετών και συστηματικών ανασκοπήσεων που εστιάζουν στη φαρμακολογική διαχείριση της επιθετικότητας. Οι μελέτες αναδεικνύουν τον κεντρικό ρόλο των αντιψυχωσικών σκευασμάτων, όπως η ολανζαπίνη, ρισπεριδόνη και αλοπεριδόλη, ως πρώτης επιλογής θεραπεία στην επιθετικότητα σε ψυχιατρικούς ασθενείς. Επικουρικά και κατά περίπτωση συνιστάται η χορήγηση σταθεροποιητών της διάθεσης ή βενζοδιαζεπινών. Αναδεικνύεται επίσης η αποτελεσματικότητα της ζούκλοπενθιξόλης (clorixol) σε Depot μορφή στη διαχείριση της επιθετικότητας σε ψυχωτικούς ασθενείς καθώς και η χρήση της κλοζαπίνης, ιδίως σε επιθετικούς ασθενείς με ανθεκτική στη θεραπεία σχιζοφρένεια.

Βιβλιογραφία

1. Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Niessen, O., & de Girolamo, G. (2015). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: A systematic review and meta-analysis.
2. Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis.
3. Cummings, M. A., Proctor, G. J., Arias, A. W., & Stahl, S. M. (2019). Management of complex treatment-resistant psychotic disorders.
4. Citrome, L., & Volavka, J. (2011). Pharmacological management of acute and persistent aggression in forensic psychiatry settings.
5. Mohr, P., Knytl, P., Voráčková, V., Bravermanová, A., & Melicher, T. (2017). Long-acting injectable antipsychotics for prevention and management of violent behaviour in psychotic patients.
6. Jones, R. M., Arlidge, J., Gillham, R., Reagu, S., van den Bree, M., & Taylor, P. J. (2011). Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: Systematic review and meta-analysis.
7. Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Orey, D., Richter, F., ... & Geddes, J. R. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis.
8. Frogley, C., Taylor, D., Dickens, G., & Picchioni, M. (2012). A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects.



ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΛΟΖΑΠΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΨΝΑ

Α. Παπαγεωργίου¹, Χ. Βρεττού², Α. Τασσούλης¹

¹Παθολογική Κλινική – Παθολογικός Τομέας, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, ²Ψυχιατρικό Τμήμα Εισαγωγών, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Η κλοζαπίνη αποτελεί ένα άτυπο αντιψυχωτικό φάρμακο που χρησιμοποιείται κυρίως για τη θεραπεία της ανθεκτικής σχιζοφρένειας, όταν άλλες θεραπείες έχουν αποτύχει. Παρόλη την αποτελεσματικότητά της, συνοδεύεται από ορισμένες σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως η ακοκκιοκυτταραιμία και η μυοκαρδίτιδα. Σε 31 ασθενείς του ΨΝΑ που βρίσκονταν υπό θεραπεία με κλοζαπίνη πραγματοποιήθηκε αναδρομική καταγραφή των αιματολογικών παραμέτρων (λευκά αιμοσφαίρια και οι υποκατηγορίες αυτών, SGOT, SGPT ALP, γ-GT, CRP, CPK και τροπονίνη) πριν την έναρξη χορήγησης κλοζαπίνης, στις πρώτες 15 ημέρες και στον ένα μήνα θεραπείας, ενώ ταυτόχρονα σημειώθηκαν ηλεκτροκαρδιογραφικές καταγραφές των ασθενών τόσο πριν όσο και λίγες μέρες μετά την έναρξη χορήγησης κλοζαπίνης. Σε 14 ασθενείς δεν σημειώθηκε καμία παθολογική μεταβολή των βιοδεικτών, ενώ ήπιες και παροδικές ήταν οι διαταραχές σε ορισμένους από τους συμμετέχοντες όσον αφορά στις τιμές των λευκών αιμοσφαιρίων, χωρίς να καταγράφεται τιμή ουδετερόφιλων συμβατή με ακοκκιοκυτταραιμία. Ωστόσο, σε 2 ασθενείς της μελέτης σημειώθηκε αύξηση της τροπονίνης τις πρώτες 20 ημέρες από την χορήγηση της κλοζαπίνης με τιμές 77,3 ng/L and 219ng/L, με συνοδές ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις και κλινική εικόνα ομοιάζουσα με μυοκαρδίτιδα, με αποτέλεσμα την άμεση διακοπή χορήγησης της αγωγής. Οι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες καθιστούν αναγκαία την συστηματική αιματολογική και καρδιολογική παρακολούθηση των ασθενών, προκειμένου να αποφευχθούν και να αντιμετωπιστούν έγκαιρα οι δυνητικές επιπλοκές από τη χορήγηση αυτής.

Βιβλιογραφία

1. Correll CU, Agid O, Crespo-Facorro B, de Bartolomeis A, Fagiolini A, Seppälä N, Howes OD. A Guideline and Checklist for Initiating and Managing Clozapine Treatment in Patients with Treatment-Resistant Schizophrenia. *CNS Drugs*. 2022 Jul;36(7):659-679.



ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: ONE TO ONE A.E.

Νίκης 16, 105 57 Αθήνα, Τηλ. 210 7254383-385-386, Fax: 210 7254384

E-mail: info@one2onesa.com, Site: www.onetoone-congress.gr