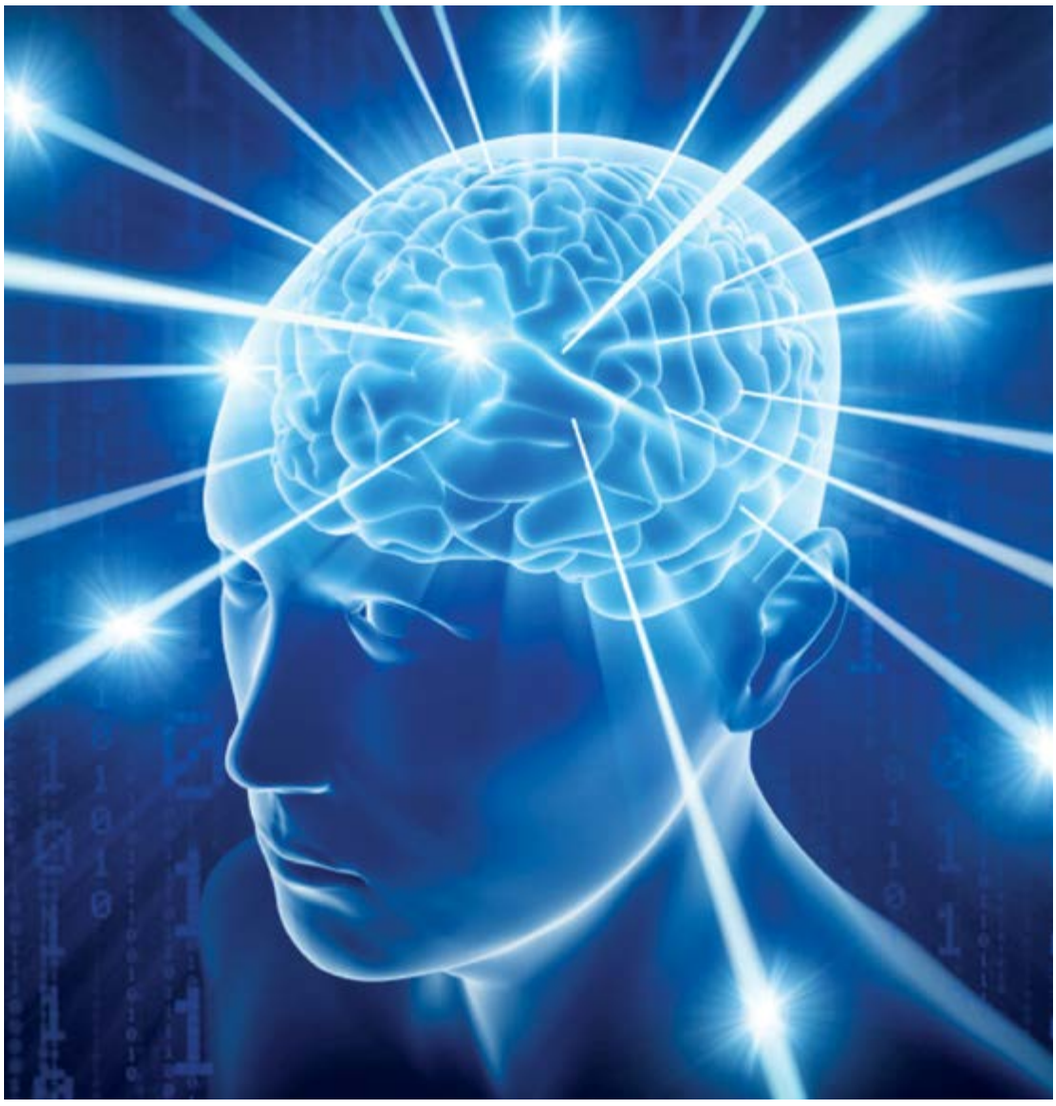
ΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Ψυχιατρικό Βήμα

ΤΟΜΟΣ 1 / ΤΕΥΧΟΣ 1
ΙΟΥΛΙΟΣ – ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2018

ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ



EDITORIAL
ΣΕΛ. 3

ΠΟΙΟΣ ΑΣΚΕΙ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ ΣΗΜΕΡΑ;
ΣΕΛ. 4

ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ
ΣΕΛ. 6

ΥΠΕΡΠΡΟΛΑΚΤΙΝΑΙΜΙΑ
ΣΕΛ. 8

ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ
ΣΕΛ. 16

ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ ΚΑΙ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ
ΣΕΛ. 24

ΕΛΛΗΝΟΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΣΕΛ. 32

Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΟΥ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ
ΣΕΛ. 34

ΑΡΧΑΙΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΕΛ. 38

ΕΚΔΟΣΗ:
DOCTORS media
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΤΟ 27ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας
θα πραγματοποιηθεί 18 – 21 Απριλίου 2019, στο Ηράκλειο Κρήτης, στο Ξενοδοχείο Atlantis - Acquila

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

EPA 2019
27th EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY

PSYCHIATRY IN TRANSITION
TOWARDS NEW MODELS, GOALS & CHALLENGES

Warsaw, Poland
6-9 April 2019
#EPA2019

ΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
Ψυχιατρικό Βήμα

Τόμος **1** | Τεύχος **1**
Ιούλιος - Δεκέμβριος 2018

Εξαμηνιαία έκδοση της

ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

HELLENIC ASSOSIATION OF PROFESSIONAL PSYCHIATRICS

ΔΣ ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Πρόεδρος
Οικονόμου Αχιλλέας

Αντιπρόεδρος
Κλείσας Σπυρίδων

Γεν. Γραμματέας
Παπακωνσταντίνου Αναστάσιος Κ.

Ταμίας
Γκίκας Πασχάλης

Ειδ. Γραμματέας
Πάγκαλος Γεώργιος

Μέλη
Καρζής Αντώνιος
Μπάρας Σπυρίδων
Καλοδίκη Βιργινία
Δημητριάδης Γεώργιος

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αλεξανδρόπουλος Κωνσταντίνος
Ψυχίατρος – Ψυχοθεραπευτής τ. Συντ. Διευθυντής Ψυχιατρικού Τομέα Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Κλείσας Σπύρος
Ψυχίατρος – Ψυχοθεραπευτής

Κόντης Δημήτριος
Ψυχίατρος, Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ, 4ο Ψυχιατρικό Τμήμα Εισαγωγών, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Μαλλιώρη Μινέρβα-Μελπομένη
Καθηγήτρια Ψυχιατρικής - Αιγινήτειο Νοσοκομείο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ)

Μπουλάς Χρύσανθος
Ψυχίατρος, Επιμελητής ΕΣΥ, ΚΚΨΥ Παγκρατίου Γ.Ν.Α. "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

Πάγκαλος Γεώργιος
Ψυχίατρος – Σεξολόγος, Στρατιωτικός Ιατρός

Παπακωνσταντίνου Αναστάσιος Κ.
Ψυχίατρος – Σεξολόγος, Επιστημονικός συνεργάτης ΕΚΠΑ Εκπρόσωπος στην UEMS – Τομέας Ψυχιατρικής

Πολίτης Αντώνιος
Καθηγητής Ψυχιατρικής - Αιγινήτειο Νοσοκομείο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ)

ΕΚΔΟΤΗΣ
Γεώργιος Καυκάς
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ
Δρ. Ηλίας Καυκάς, Δερματολόγος MSc
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΔΟΣΕΩΝ & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
Έλενα Λαγανά
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ MARKETING ΚΑΙ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
Νατάσα Παπαθανασίου
ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ: **Ένια Ζεντέλη**

DOCTORS media
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 330, 153 41 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
ΤΗΛ.: 210-6538508
e-mail: info@doctorsmedia.gr
www.doctorsmedia.gr

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΒΗΜΑΤΟΣ

Το Ψυχιατρικό Βήμα δέχεται για δημοσίευση:
• Ανασκοπήσεις ψυχιατρικών ή ιατρικών θεμάτων, στις οποίες τονίζονται ιδιαίτερα οι σύγχρονες απόψεις • Επίκαιρα ψυχιατρικά θέματα ή θέματα σχετιζόμενα με την ειδικότητα της Ψυχιατρικής • Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις με πρακτικό ενδιαφέρον • Αναφορά σε συνέδρια, επιστημονικές εκδηλώσεις που έγιναν, με παρουσίαση των αποτελεσμάτων των εργασιών τους και με ιδιαίτερη έμφαση στις σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις • Κλινικοεργαστηριακά ή επιδημιολογικά θέματα • Θέματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην Ψυχιατρική • Σημαντικές ειδήσεις από τη δραστηριότητα επιστημονικών ιατρικών εταιρειών • Ειδικά άρθρα • Παρουσίαση σύγχρονης τεχνολογίας στην Ψυχιατρική • Πρακτικές κατευθύνσεις σε δύσκολα ψυχιατρικά θέματα • Επιστολές προς τη Σύνταξη • Ανασκόπηση του διεθνούς Ιατρικού Τύπου • Ψυχιατρικές ή ιατρικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες • Ψυχιατρική και Πληροφορική • Ψυχιατρική και Ιστορία • Βιβλιοπαρουσιάσεις, βιβλιοκρισίες • Ερωτήσεις αυτοελέγχου ψυχιατρικών γνώσεων • Αφιερώματα σε συναδέλφους που απεβίωσαν • Νέα ιατροφαρμακευτικά προϊόντα • Αγγελίες με ιατρικό περιεχόμενο • Προαναγγελίες επιστημονικών εκδηλώσεων • Επίσης, το Ψυχιατρικό Βήμα δέχεται για δημοσίευση χειρόγραφα που είναι σύντομες μεταφράσεις στα ελληνικά εργασιών που έχουν δημοσιευτεί σε ξενόγλωσσα περιοδικά.

Παρακαλώ αποστείλετε το υλικό προς δημοσίευση στην παρακάτω διεύθυνση:
Προς: Ψυχιατρικό Βήμα,Υπόψη Γραμματείας
DOCTORSmedia, ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 330, 153 41 ΑΓ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ
Τηλ.: 210-6538508, e-mail: info@doctorsmedia.gr

Γράμμα Προέδρου

Η επιλογή της ειδικότητας της ψυχιατρικής έχει αναμφίβολα ένα ξεχωριστό χαρακτηριστικό: είναι απολύτως συνειδητή. Ο ψυχίατρος διαλέγει τον προσωπικό επαγγελματικό του προσανατολισμό χωρίς δεύτερες σκέψεις. Γνωρίζουμε όλοι, πως αν δεν αγαπάμε αυτό που κάνουμε, απλώς δε γίνεται να το κάνουμε.

Δυστυχώς όμως, το πλαίσιο που ασκείται ή διδάσκεται η ψυχιατρική στη χώρα μας εμποδίζει σε μεγάλο βαθμό την ευόδωση περαιτέρω επιλογών. Το φαινόμενο αυτό, είτε αναφερόμαστε στον ιδιώτη ψυχίατρο, είτε στον εργαζόμενο σε δημόσιους φορείς, έχει σημαντική και ευθεία επίδραση στην απρόσκοπτη άσκηση του επαγγέλματος. Οι πολλαπλές διαστάσεις της εργασίας του επαγγελματία ψυχιάτρου (σχέση με τον ασθενή, προστασία και ψυχοεκπαίδευση του οικογενειακού ή γενικότερα του κοινωνικού περιβάλλοντος, ανάγκη συνεργασίας με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, νομικές πλευρές της αξιολόγησης της ψυχικής υγείας) κάνουν την ανάγκη προστασίας της επαγγελματικής μας υπόστασης απολύτως αναγκαία.

Η Ένωση Επαγγελματιών Ψυχιάτρων Ελλάδας επανασυστήνεται στους συναδέλφους έχοντας στον πυρήνα της δημιουργίας της τους παρακάτω σκοπούς:

- Την υπεράσπιση σε εθνικό και διεθνές επίπεδο του τίτλου του ειδικευμένου ψυχιάτρου και του επαγγελματικού του ρόλου στην κοινωνία.
- Την μελέτη, την προαγωγή και την υπεράσπιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από τον ειδικό στον πολίτη.
- Τη δημιουργία στενών δεσμών ανάμεσα στις εθνικές επαγγελματικές ιατρικές οργανώσεις.
- Τη συνεργασία με όλες τις ψυχιατρικές ενώσεις στη χώρα.
- Η Ένωση έχει αποκλειστικά επαγγελματικούς σκοπούς προαγωγής και εκπροσώπησης των επαγγελματικών συμφερόντων της ψυχιατρικής ειδικότητας.

Αχιλλέας Οικονόμου
MSc
Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής
Πρόεδρος Ένωσης Επαγγελματιών Ψυχιάτρων Ελλάδος

Ποιος ασκεί το επάγγελμα του ψυχίατρου σήμερα;

Πασχάλης Γκίκας
Ψυχίατρος - Ψυχοθεραπευτής

Οι ψυχιατρικές αγωγές που συνταγογραφούνται από ψυχίατρους είναι πιθανόν λιγότερες από αυτές που συνταγογραφούν οι υπόλοιπες ειδικότητες.

Κατά την άσκηση του επαγγέλματος της ψυχιατρικής προκύπτουν σαφή προβλήματα και σκόπελοι τους οποίους καλούμαστε όλοι να διαχειριστούμε καθημερινά. Πέρα από τις αναμενόμενες δυσκολίες ερχόμαστε αντιμέτωποι δυστυχώς ολοένα και πιο συχνά, με πρακτικές που καταργούν την κοινή λογική. Είναι πολύ σύνηθες να συνταγογραφούνται ψυχιατρικές αγωγές από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και όχι μόνο, γεγονός που υποβαθμίζει την έννοια της παροχής της ιατρικής περίθαλψης, βλάπτει τον ασθενή, ενώ μακροσκοπικά πλήττει τα οικονομικά της υγείας. Θα είχε ενδιαφέρον να κοιτάξει κάνεις τα στοιχεία της ΗΔΙΚΑ και να διαπιστώσει ότι οι ψυχιατρικές αγωγές που συνταγογραφούνται από ψυχίατρους είναι πιθανόν λιγότερες από αυτές που συνταγογραφούν οι υπόλοιπες ειδικότητες.

Η τακτική αυτή απαντάται εξίσου σε μεγάλο βαθμό και στην άσκηση της ψυχοθεραπείας καθώς ελλείψει νομικού πλαισίου, άτομα με μηδαμινή κατάρτιση έχοντας παρακολουθήσει κύκλους σεμιναρίων ασκούν το επάγγελμα του ψυχοθεραπευτή ή του συμβούλου ψυχικής υγείας. Το αποτέλεσμα είναι να τραυματίζονται ψυχικά οι θεραπευόμενοι και να πλήττεται η εμπιστοσύνη τους, στη βοήθεια που μπορεί να τους προσφέρει η σσύγχρονη ψυχιατρική.

Παρά το γεγονός ότι έχουν γίνει επαφές με εκπροσώπους της ΗΔΙΚΑ και του Υ.Υ. για την εισαγωγή πρωτοκόλλων συνταγογράφησης, φαίνεται να μην υπάρχει συγκεκριμένος χρονικός ορίζοντας διευθέτησης ενός τόσου σημαντικού ζητήματος. Επίσης το γενικότερο πλαίσιο που παραμένει χαλαρό, καθώς δεν απαιτεί την συνταγή ιατρού για κάτι τόσο εξειδικευμένο όπως είναι η χορήγηση ψυχιατρικών φαρμάκων, επιτρέπει ακόμη και σε μη ιατρούς να προτείνουν φαρμακευτικές αγωγές.

Θα ήταν εξαιρετικά σημαντική η κινητοποίηση του επίσημου επιστημονικού φορέα μας, ως προς την ορθότερη ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου σε σχέση με το ποιος είναι σωστά και επαρκώς εκπαιδευμένος για την αντιμετώπιση νοσημάτων που άπτονται της ψυχικής υγείας.

Στην προκειμένη χρονική περίοδο όπου τα ψυχικά νοσήματα παρουσιάζουν σημαντική αύξηση, ο ψυχιατρικός κλάδος καλείται όσο πότε άλλοτε να συνδράμει με τις γνώσεις του στην άρτια και ποιοτική παροχή υπηρεσιών για την υποστήριξη και την προστασία του κοινωνικού συνόλου· ας δεχτούμε αυτή την πρόκληση. ■

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΙΑΤΡΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Εγκρίθηκε: Απρίλιος 2018
Προθεσμία για αναθεώρηση: Απρίλιος 2021

Το προφίλ του ψυχίατρου

Η αυξημένη εξειδίκευση και ο απαιτούμενος καταμερισμός έχουν οδηγήσει σε αλλαγή του ρόλου και των ευθυνών του ψυχίατρου. Όπως έχει προταθεί, οι γιατροί πρέπει να επαναπροσδιορίσουν τον ρόλο τους, καθώς και τις ευθύνες τους στην κοινωνία. Η παρούσα έκθεση περιγράφει τις αρμοδιότητες και καθήκοντα του Ευρωπαίου ψυχίατρου. Στόχος είναι, επίσης, να δοθούν οι ορισμοί των εννοιών που σχετίζονται με το έργο ενός ψυχίατρου.

Έννοιες ψυχικής υγείας

- Η ψυχική υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση ευημερίας στην οποία κάθε μέρα το άτομο συνειδητοποιεί τις δυνατότητές του, αντιμετωπίζει το φυσιολογικό άγχος της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα και μπορεί να συμβάλει στην κοινότητά του.
- Η ψυχική υγεία ορίζεται ως η απουσία νόσου, ως μία κατάσταση ισορροπίας του ατόμου με τον εαυτό του, καθώς και με το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον.
- Η ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση ισορροπίας, όπου τα άτομα βρίσκονται σε ειρήνη με τον εαυτό τους, είναι σε θέση να λειτουργούν αποτελεσματικά κοινωνικά και να φροντίζουν τις δικές τους βασικές ανάγκες καθώς και τις μεγαλύτερες λειτουργικές ανάγκες.

Ορισμός της ψυχικής ασθένειας

- Ψυχική ασθένεια είναι η ύπαρξη ενός συνόλου κλινικών συμπτωμάτων που συνδέεται στις περισσότερες περιπτώσεις με δυσφορία και με παρεμπόδιση των προσωπικών λειτουργιών.

Ορισμός της ψυχιατρικής

- Η ψυχιατρική είναι ο κλάδος του ιατρικού επαγγέλματος που ασχολείται με την προέλευση, τη διάγνωση, την παρουσίαση και τη διαχείριση ψυχικών διαταραχών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών.

Αρμοδιότητες του ψυχίατρου

Η Ευρωπαϊκή Ψυχιατρική Ένωση (EPA) το 2015 περιγράφει τους ρόλους και τις ευθύνες του ψυχίατρου ως εξής:

- Οι ψυχίατροι πρέπει να είναι επαγγελματίες με ξεχωριστές γνώσεις και δεξιότητες που να αφορούν την καλύτερη υγειονομική περίθαλψη.
- Οι ψυχίατροι πρέπει να διαχειρίζονται και να αναγνωρίζουν ψυχιατρικές διαταραχές σε πολλαπλούς χώρους, να συνεργάζονται με ομάδες και να υποστηρίζουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.
- Οι ψυχίατροι θα πρέπει να αναλαμβάνουν ηγετικό ρόλο στον προγραμματισμό, την ανάπτυξη και την παράδοση των υπηρεσιών και ως μέρος αυτής της ευθύνης θα πρέπει να συνεργάζονται με τους εμπλεκόμενους φορείς για τη χάραξη πολιτικής, ώστε να διασφαλίζεται η διάθεση των κατάλληλων πόρων.
- Οι ψυχίατροι θα πρέπει να είναι τεχνικά καταρτισμένοι στον τομέα τους, να είναι ενημερωμένοι και να παρακολουθούν τις εξελίξεις της έρευνας.
- Οι ψυχίατροι πρέπει να έχουν ενσυναίσθηση και ακεραιότητα χαρακτήρα.
- Οι ψυχίατροι πρέπει να είναι ικανοί να επικοινωνούν όχι μόνο με τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και τους ενδιαφερόμενους αλλά και να επικοινωνούν σε δημόσιο επίπεδο τις γνώσεις τους και τις δεξιότητές τους.
- Οι ψυχίατροι πρέπει να έχουν υψηλά επίπεδα δεξιοτήτων στη διαχείριση πόρων και ομάδων.
- Οι ψυχίατροι πρέπει να επιδιώκουν ενεργά τη δια βίου μάθηση. ■

UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES
SECTION OF PSYCHIATRY

Approved: April 2018
Due for Revision: April 2021

The profile of a psychiatrist

Introducton
This is a revision of UEMS 2005 document developed on behalf of the UEMS Section of Psychiatry's Standing Committee on Training (SCT). The Committee gratefully acknowledges the great amount of work of the European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) working group, the members of which were: Liene Berze, Natalija Berzina, Krista Bruna, Nadezda Kokina, Ekin Sönmez, Sonila Tomori and Livia De Picker.

This document has been influenced by a number of other sources, including the 2005 version. A
full list of sources is found in the bibliography.

Aim and Objective

Increased specialization and the functional division of psychiatric teams may have led to a change in the roles and responsibilities of the psychiatrist. It has been suggested that doctors should redefine their role in society and renegotiate their responsibilities in consultation with society.

This report describes the necessary competences and tasks of the European psychiatrist. We also aim to provide definitions of concepts related to the work of a psychiatrist. This document is aimed towards a target an audience of non-psychiatrists:

1. Medical professionals
2. Members of multidisciplinary team
3. Patients and their families
4. Educators
5. Politicians
6. General public
7. Social media

Concepts of mental health

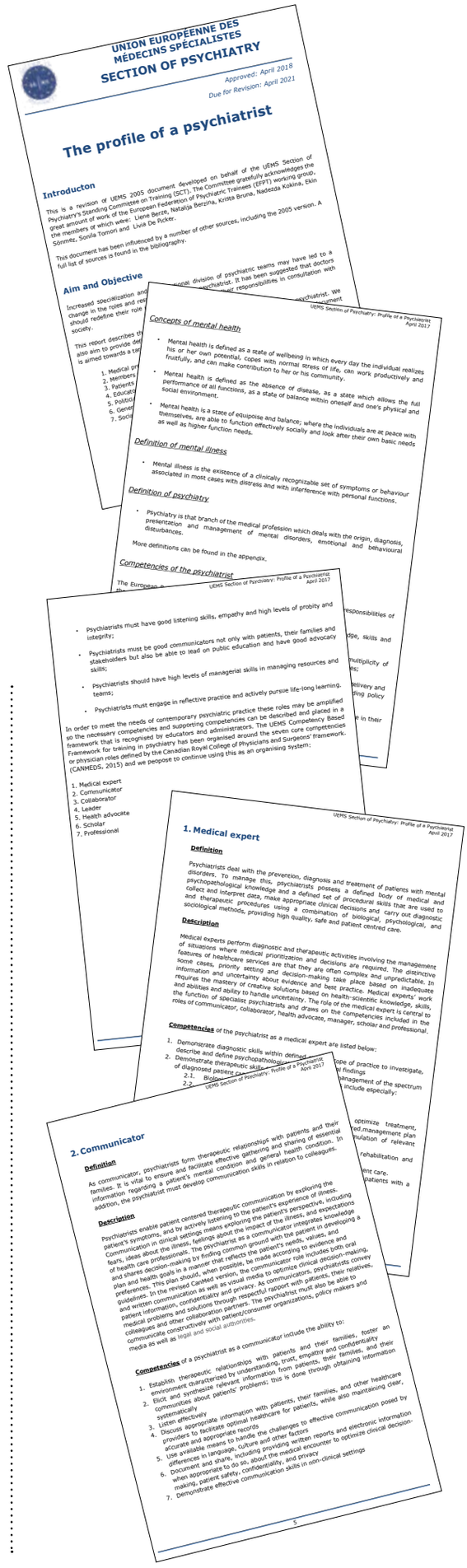
• Mental health is defined as a state of wellbeing in which every day the individual realizes his or her own potential, copes with normal stress of life, can work productively and fruitfully, and can make contribution to her or his community.
• Mental health is defined as the absence of disease, as a state which allows the full performance of all functions, as a state of balance within oneself and one's physical and social environment.
• Mental health is a state of equipoise and balance; where the individuals are at peace with themselves, are able to function effectively socially and look after their own basic needs as well as higher function needs.

Definition of mental illness

• Mental illness is the existence of a clinically recognizable set of symptoms or behaviour associated in most cases with distress and with interference with personal functions.

Definition of psychiatry

• Psychiatry is that branch of the medical profession which deals with the origin, diagnosis, presentation and management of mental disorders, emotional and behavioural disturbances. ■



Προβληματίζουσες ανεπιθύμητες ενέργειες αντιψυχωτικής αγωγής

Υπερπρολακτιναιμία

Αναστάσιος Κ. Παπακωνσταντίνου,
Ψυχίατρος – Σεξολόγος, Επιστημονικός συνεργάτης ΕΚΠΑ
Γεώργιος Πάγκαλος
Ψυχίατρος – Σεξολόγος, Στρατιωτικός Ιατρός

Προλακτίνη: φυσιολογία [1]

- Πολυπεπτιδική ορμόνη που παράγεται από τα λακτοτρόπα κύτταρα του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης.
- Κύρια φυσιολογική λειτουργία είναι η αύξηση του μαστού και η παραγωγή γάλατος στην εγκυμοσύνη (πολλαπλασιάζονται τα λακτοτρόπα κύτταρα).
- Η ελάττωση της libido και της γονιμότητας κατά το θηλασμό ίσως αποτελούν πλεονεκτήματα για την εξέλιξη.
- Προώθηση της μητρικής συμπεριφοράς (ζωικό βασίλειο)
- Υψηλότερα επίπεδα προλακτίνης => 1-2 ώρες πριν το πρωινό ξύπνημα (το πρόωρο ξύπνημα διακόπτει την έκκρισή της).

Υπερπρολακτιναιμία: ορισμός - συχνότητα

Άντρες: 5 μg/L - 20 μg/L
Γυναίκες: 3 μg/L - 25 μg/L [4]

Υπερπρολακτιναιμία: συνέπεια ΑΨ αγωγής / ΟΧΙ Ψυχιατρικής νόσου [5]

Ο βαθμός υπερπρολακτιναιμίας οφείλεται σε διάφορους παράγοντες:[3] Φύλο / Φαρμακευτικό σκεύασμα / Δόση φαρμάκου

Σε πρόσφατες μελέτες:

Άντρες	=> 42,4 % [6]	34% [7]
Γυναίκες	=> 59,2 % [6]	75% [7]

Κλινικές εκδηλώσεις [5]

- Γαλακτόρροια
- Γυναικομαστία
- Υπογονιμότητα
- Διαταραχές κύκλου έμμηνου ρύσης
- Σεξουαλικές δυσλειτουργίες
- Μείωση οστικής πυκνότητας
- Καρδιοαγγειακές διαταραχές (γυναίκα)
- Αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του μαστού
- Ακμή και υπερτρίχωση

• Γαλακτόρροια

Κλασσικά ΑΨ σε γυναίκες: 10% έως πάνω από 50 % [9]
Σπάνια στους άντρες [10]

• Γυναικομαστία [6]

Μη συνηθισμένη
Και στα 2 φύλα / Σε έναν ή και στους 2 μαστούς
Γυναίκες: ευαισθησία και διόγκωση μαστών (με γαλακτόρροια)

• Υπογονιμότητα [6]

Διαταραχές κύκλου έμμηνου ρύσης
Μειωμένα επίπεδα τεστοστερόνης / Μειωμένη κινητικότητα σπέρματος

• Σεξουαλικές δυσλειτουργίες

Έμμεσες ενδείξεις εμπλοκής της προλακτίνης στη ρύθμιση της σεξουαλικής συμπεριφοράς:

1. Μη φαρμακοεπαγόμενη υπερπρολακτιναιμία => δυσλειτουργία σε όλες τις φάσεις της σεξουαλικής λειτουργίας. [11]
2. Υποδοχείς της προλακτίνης υπάρχουν σε δομές του ΚΝΣ που σχετίζονται με τη ρύθμιση της σεξουαλικής συμπεριφοράς και σε αναπαρα-

Ψυχιατρική υποστήριξη & φροντίδα

ΓΑΛΗΝΗ

ΚΛΙΝΙΚΗ

Η ψυχική υγεία είναι προνόμιο όλων

Η φιλοσοφία μας

Πρώτιστο μέλημά μας η βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων

Αποστολή μας είναι οι ιατροί της κλινικής να βρίσκονται σε τακτική επικοινωνία με τους παραπέμποντες ψυχιάτρους για την διαμόρφωση του θεραπευτικού σχεδίου των ασθενών και την αντιμετώπιση θεραπευτικών και διαφοροδιαγνωστικών προβλημάτων που μπορεί να ανακύψουν.

Όραμα μας να βρισκόμαστε πάντα στις υψηλότερες θέσεις των κλινικών υγείαςπροσφέροντας την γαλήνη στους πάσχοντες ανθρώπους.

Η φιλοσοφία της Κλινικής μας, θέτει τον άνθρωπο στο επίκεντρο με:
- Σκοπό την γρήγορη αποκατάσταση της ψυχικής υγείας
- Άριστη αντιμετώπιση και σύγχρονη θεραπευτική με Βιολογικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε:

1. Ψυχωσικές διαταραχές
2. Συναισθηματικές διαταραχές
3. Οξέα ψυχωσικά επεισόδια
4. Αλκοολισμό και αλκοολική τοξίκωση
5. Οξείες ψυχογηριατρικές εκδηλώσεις και διαταραχές μνήμης στο πλαίσιο της νόσου Alzheimer και των άλλων συναφών διαταραχών
6. Σωματική εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες
7. Διαταραχές πρόσληψης τροφής (ψυχογενής ανορεξία και Βουλιμία)

Χαρ. Τρικούπη 161, 145 64 Κηφισιά, Τηλ. Κέντρο: 2108070009, Fax: 2108070528
email: info@galene.gr, www.galene.gr

γωγικά όργανα της γυναίκας και του άντρα. [12]

3. Ο οργασμός προκαλεί ένα κύμα έκκρισης προλακτίνης σε άντρες και γυναίκες, που συμβάλλει στους κεντρικούς και περιφερικούς μηχανισμούς της φάσης αποκατάστασης (ανερέθιστη περίοδος). [12]

Αδιευκρίνιστο εάν προκύπτουν, κυρίως, από άμεσες φαρμακολογικές παρενέργειες Ψυχοτρόπων (π.χ. ανταγωνισμός υποδοχέων της ντοπαμίνης), ή από τη δευτερογενή υπερπρολακτιναιμία, που προκαλεί ο αποκλεισμός των D2 ντοπαμινεργικών υποδοχέων στην υπόφυση.

Μελέτες σε ασθενείς με νεοπλασίες της υπόφυσης, που εκκρίνουν προλακτίνη, κατέδειξαν σεξουαλική δυσλειτουργία και στα δύο φύλα.

Όχι απαραίτητα από άμεσες μεταβολές ντοπαμινεργικής δραστηριότητας (η υπερπρολακτιναιμία δεν επηρεάζει τη βελτιωμένη σεξουαλική συμπεριφορά, μετά από χορήγηση ντοπαμινεργικών αγωνιστών).

Μπορεί όμως να δράσει έμμεσα, αφού η προλακτίνη βελτιώνει την ανασταλτική δράση του GABA και τη δράση των οπιοειδών.

Χρόνια υπερπρολακτιναιμία: καταστέλλει όλες τις πλευρές της σεξουαλικής συμπεριφοράς, ίσως και ανεξάρτητα από τη δράση των στεροειδών ορμονών

(μειωμένη σεξουαλική συμπεριφορά σε άντρες με σταθερά επίπεδα τεστοστερόνης στο αίμα)[6]

Άντρες:

- ελάττωση σεξουαλικής επιθυμίας
- στυτική δυσλειτουργία (NO)
- μειωμένη σπερματογένεση[13]
- καθυστερημένος οργασμός[14]
- διαταραχές εκσπερμάτισης [14]

Γυναίκες:

- ελάττωση της σεξουαλικής επιθυμίας [13]

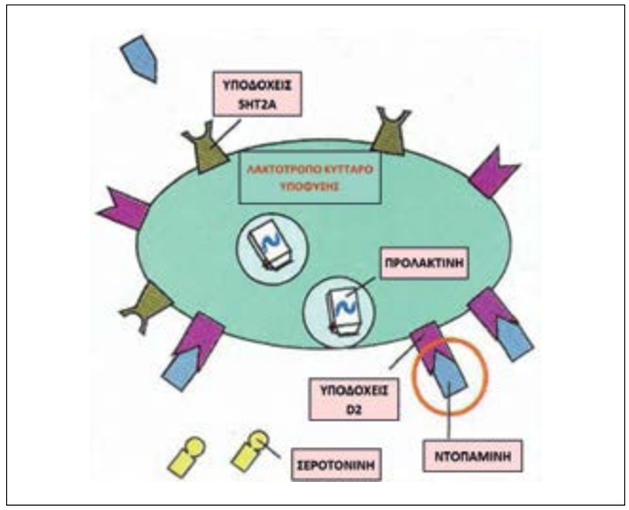
Διαταραχές κύκλου έμμηνου ρύσης

Ολιγομηνόρροια / Αμηνόρροια
26% - 78%
Προβλήματα μελετών: Μικρά δείγματα / Ορισμοί
Διαταραχές άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης

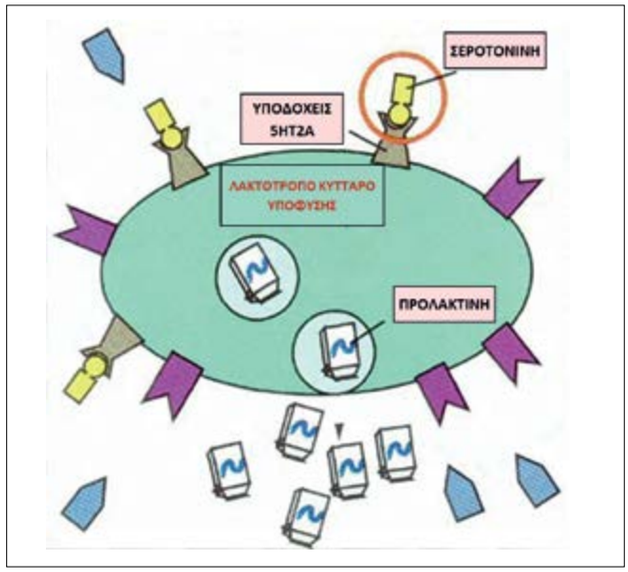
Ακμή και υπερτρίχωση

Γυναίκες: περίσσεια ανδρογόνων / χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων

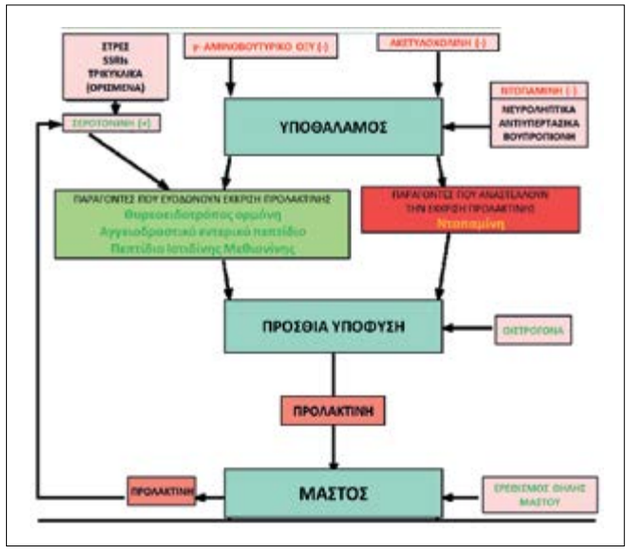
Προλακτίνη: νεύρο-ενδοκρινολογικός έλεγχος



ΣΧΗΜΑ 1:
Ο μηχανισμός δράσης της ντοπαμίνης για την έκκριση της προλακτίνης στην υπόφυση [2]



ΣΧΗΜΑ 2:
Ο μηχανισμός δράσης της σεροτονίνης για την έκκριση της προλακτίνης στην υπόφυση [2]



ΣΧΗΜΑ 33:
Παράγοντες εμπλεκόμενοι στην έκκριση της προλακτίνης

ΚΛΙΝΙΚΗ
ΨΥΧΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ

Σινούρη

ΑΝΑΚΑΛΥΠΤΩ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ

Αποστολή μας είναι η βελτίωση της ποιότητας της ανθρώπινης ζωής

- Προσφέρουμε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες προσπαθώντας άοκνα:
- Να επιτύχουμε τους στόχους μας
- Να σεβόμαστε και να συμπονούμε τους ασθενείς και τις οικογένειές τους
- Να εξασφαλίζουμε ένα περιβάλλον το οποίο υπεισέρχεται και σέβεται κάθε προσωπική ιδιαιτερότητα
- Να είμαστε πάντοτε αποτελεσματικοί, καινοτόμοι, αποδοτικοί και χρήσιμοι προς τους ασθενείς μας και την κοινωνία.

Το όραμά μας

Το όραμά μας είναι να διατηρούμαστε πάντοτε στην κορυφή των κλινικών ψυχικής υγείας εμπνέοντας τους συνεργάτες και τους ανταγωνιστές μας.

Οι αξίες μας

- Σεβασμός και εκτίμηση προς τον άνθρωπο
- Ειλικρίνεια, σαθερότητα και ακεραιότητα πράξεων και προθέσεων
- Ευγένεια και φροντίδα
- Ομαδικότητα και άμιλλα

Χαριλάου Τρικούπη 157 & Τατοΐου 74, 14564 Κηφισιά
T: 210 8070703, 210 8070725, F: 210 8070939, E: info@sinouri.gr, W:sinouri.gr

Άλλα συμπτώματα
Ήπια: Εχθρικότητα / Νευρικότητα / Κατάθλιψη
Σωματικές επιπτώσεις / Ανοσοποιητικό σύστημα

Μείωση οστικής πυκνότητας
Οιστρογόνα (γυναίκες): σημαντικός ο ρόλος διατήρησης οστικού ιστού
Καταστάσεις μειωμένων επιπέδων οιστρογόνων => απώλεια οστού
Τεστοστερόνη (άντρες): ανεπάρκεια => Μείωση οστικής πυκνότητας
Άντρες με συγγενή υπογοναδισμό => απώλεια οστού / κατάγματα
Αναστροφή του υπογοναδισμού (άσχετα με τη συγκέντρωση προλακτίνης) =>
=> βελτίωση οστικής μάζας
ΑΨ => υπερπρολακτιναιμία => υπογοναδισμός => Μείωση οστικής πυκνότητας
Καρδιοαγγειακές διαταραχές (προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες)
Μειωμένα επίπεδα οιστρογόνων = χάνεται ο προφυλακτικός τους ρόλος
Αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του μαστού
Ζωικό βασίλειο:
υπερπρολακτιναιμία => κακοήθης μετατροπή του ιστού του μαστού και προαγωγή ανάπτυξης καρκίνου σε προκλητές κακοήθειες του μαστού
Παλαιότερες μελέτες: κατέδειξαν αντιφατικά αποτελέσματα

Πιο πρόσφατες μελέτες:
ΑΨ ντοπαμινεργικοί ανταγωνιστές έδειξαν μικρή αλλά σημαντική αύξηση
κίνδυνου καρκίνου του μαστού (16% / δοσοεξαρτώμενη / άνω 40 ετών)
Απαιτείται επανάληψη μελετών

Φάρμακα που ευθύνονται
Ψυχιατρικά
Κλασσικά ΑΨ
Άτυπα ΑΨ (μερικά)
Αντικαταθλιπτικά (σεροτονινεργικά)
Αντιϋπερτασικά Verapamil, reserpine
Αντί-ντοπαμινεργικά αντιεμετικά
Η2 αποκλειστές Ranitidine
Ορμόνες: Οιστρογόνα (αντισυλληπτικά p.os)
Διάφορα άλλα: Αμφεταμίνες, οπιούχα
Όλα τα ΑΨ αποκλείουν τους D2 υποδοχείς
Ο αποκλεισμός των D2 υποδοχέων στα λακτοτρόπα κύτταρα προκαλεί υπερπρολακτιναιμία, αφού απομακρύνει την Ντοπαμίνη
Οι ανεπιθύμητες ενέργειες του ΑΨ εμφανίζονται, συνήθως, μετά από 3 - 6 μήνες από την έναρξη της θεραπείας και δε μεταβάλλονται με την χρήση του, δηλαδή δεν αναπτύσσεται ανοχή.
Οι σεξουαλικές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι συχνότερες στις μεγαλύτερες δόσεις ΑΨ φαρμάκου.

Φαρμακολογικοί μηχανισμοί: Ντοπαμίνη
Μπορεί να εξηγήσουν το διαφορετικό αποτέλεσμα των ΑΨ στα επίπεδα PRL: Συγγένεια για τους D2 υποδοχείς.
Ρισπεριδόνη (συσχετίζεται με αυξημένα επίπεδα προλακτίνης) => υψηλή συγγένεια.
Κλοζαπίνη (δεν συσχετίζεται με αυξημένα επίπεδα προλακτίνης)=> χαμηλή συγγένεια.
Συντελεστής διαχωρισμού από τους D2 υποδοχείς ΑΨ με γρήγορο διαχωρισμό => Μειωμένη ντοπαμινική λειτουργία: επαρκές ΑΨ αποτέλεσμα.
Επαρκής ντοπαμινική λειτουργία: αναστολή έκκρισης προλακτίνης.
Ικανότητα να διαπερνάται ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός (υπόφυση εκτός)
ΑΨ που δε διαπερνούν και έχουν μεγαλύτερη συγκέντρωση στον ορό (SULPIRIDE) => μεγαλύτερο αποτέλεσμα στην έκκριση προλακτίνης

Φαρμακολογικοί μηχανισμοί: Σεροτονίνη
Άτυπα αντιψυχωτικά: 1,2
ταυτόχρονη αναστολή των D2 και των υποδοχέων 5HT2A
η σεροτονίνη δε μπορεί πλέον να ευοδώσει την έκκριση προλακτίνης
μετριάζεται η υπερπρολακτιναιμία από αποκλεισμό των D2 υποδοχέων

- Ενδιαφέρον από φαρμακολογικής θεωρητικής σκοπιάς, στην πράξη δε μειώνουν στην ίδια έκταση την έκκριση προλακτίνης όλοι οι ανταγωνιστές σεροτονίνης-ντοπαμίνης και μάλιστα μερικοί δεν τη μειώνουν καθόλου

Αντικαταθλιπτικά:[3]
Ενίσχυση της σεροτονινεργικής λειτουργίας => έκκριση προλακτίνης

Διαχείριση-Αντιμετώπιση: Αξιολόγηση
Η αξιολόγηση του οφέλους περιλαμβάνει:
Πόσο ενοχλούν τον ασθενή τα συμπτώματα της

υπερπρολακτιναιμίας

Η διάρκεια της δευτερογενούς αμηνόρροιας (γυναίκες)

Ποιο είναι το πλάνο για τη διάρκεια της αντιψυχωτικής αγωγής

Ποιος είναι ο βαθμός της ωφέλειας που είχε ο ασθενής από την ΑΨ αγωγή

Ποιος είναι ο κίνδυνος επιδείνωσης της συμπτωματολογίας ή υποτροπής

από μείωση ή αλλαγή της ΑΨ αγωγής

Διαχείριση-Αντιμετώπιση: Στρατηγικές

Μείωση δόσης ΑΨ

Απρόβλεπτη: επιδείνωση της συμπτωματολογίας ή υποτροπή

Αλλαγή θεραπείας με ΑΨ που δεν αυξάνει την προλακτίνη

Η σχετική επίπτωση των ΑΨ στη σεξουαλική δυσλειτουργία από τη χρήση τους, μπορεί να συνοψιστεί ως εξής[1]:

Ρισπεριδόνη > Αλοπεριδόλη (κλασικά) > Ολανζαπίνη > Κουετιαπίνη > Αριπιπραζόλη

Άλλα άτυπα αντιψυχωτικά που δεν αυξάνουν σημαντικά τα επίπεδα της προλακτίνης: Κλοζαπίνη, Σερτινδόλη, Ζιπρασιδόνη[2,3]

Κίνδυνος υποτροπής

Προσθήκη Αριπιπραζόλης (μερικός αγωνιστής D2/5HT1A, ανταγωνιστής 5HT2A)

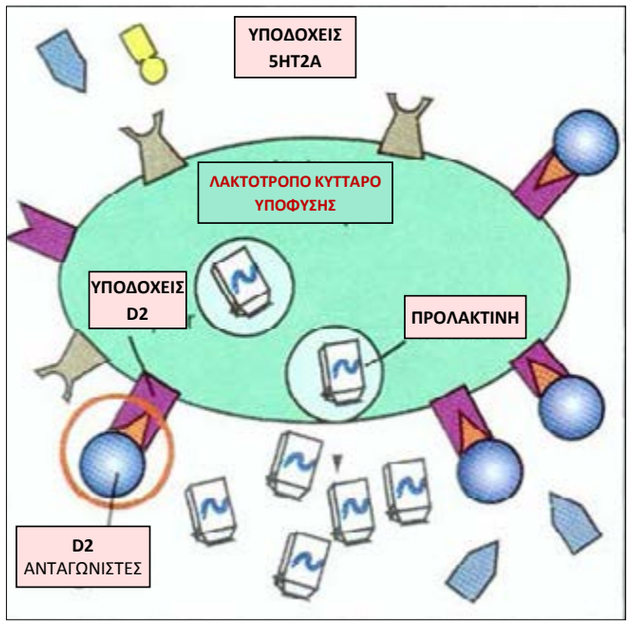
88,5% που έλαβαν αριπιπραζόλη παρουσίασαν, στην 8η εβδομάδα, αποκατάσταση της προλακτίνης στα φυσιολογικά όρια, σε σύγκριση με το 3,6% της ομάδας που λάμβανε εικονικό φάρμακο.

Σε 7 από τις 11 γυναίκες ασθενείς με διαταραχές στον εμμηνορυσιακό κύκλο, επανήλθε ο φυσιολογικός κύκλος κατά τη διάρκεια της μελέτης (63,6%), ενώ δε συνέβη κάτι τέτοιο στην ομάδα με το εικονικό φάρμακο.

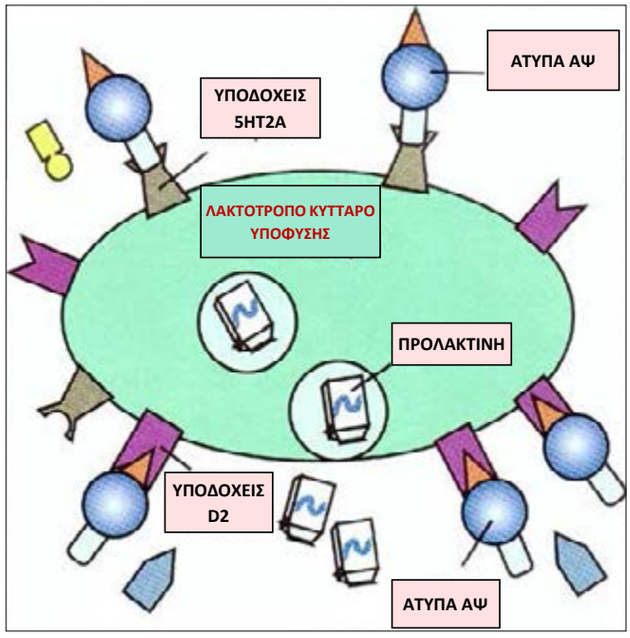
Άλλες δημοσιεύσεις ανοικτών μελετών και αναφερομένων περιστατικών προσθήκης αριπιπραζόλης σε υπάρχουσες θεραπείες με ΑΨ φάρμακα υποστηρίζουν τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης

Φυσικά όλες αυτές οι μελέτες χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Εάν είναι αναγκαία η συνέχιση της αρχικής ΑΨ αγωγής (καλή ανταπόκριση/αγωγές Depot):



ΣΧΗΜΑ 4: Ο μηχανισμός δράσης των κλασικών ΑΨ για την έκκριση της προλακτίνης στην υπόφυση



ΣΧΗΜΑ 5: Ο μηχανισμός δράσης των άτυπων ΑΨ για την έκκριση της προλακτίνης στην υπόφυση

Αγωνιστές Ντοπαμίνης:

Βρωμοκρυπτίνη (PARLODEL)

Καβεργολίνη (DOSTINEX)

Αμηνόρροια απαντά καλύτερα από την γαλακτόρροια

Ενέχουν κίνδυνους

- επιδείνωση της ψύχωσης (μικρός ο κίνδυνος υποτροπής)
- ντοπαμινεργικές παρενέργειες (ορθοστατική υπόταση, Γαστρεντερικές Δτχ)
- καρδιοπνευμονική τοξικότητα (καβεργολίνη, βρωμοκρυπτίνη)
- καρδιακές βαλβιδοπάθειες (καβεργολίνη)

Προσθήκη pos συνδυασμένων αντισυλληπτικών (οιστρογόνα/προγεστερόνη)

Σε προ-εμμηνοπαυσιακές γυναίκες με καλή ανταπόκριση, αλλά αμηνόρροια

Πρόληψη της μείωσης οστικής πυκνότητας

Δεν επιδρά άμεσα σε συμπτώματα υπερπρολακτιναιμίας (γαλακτόρροια, γυναικομαστία)

Ενέχει κίνδυνους

- Θρομβοεμβολισμός
- καρκίνος του μαστού

Αλλαγή θεραπείας με ΑΚΘ που δεν αυξάνει την προλακτίνη

=> Nop-αδρενεργικού αντί σεροτονινεργικού

Βουπροπιόνη

Παράγοντες κινδύνου - Πρόληψη

Οι γυναίκες > αύξηση επιπέδων προλακτίνης από άντρες (ίδια δόση ΑΨ).

Οι γυναίκες στην μετά τον τοκετό περίοδο > κίνδυνο.

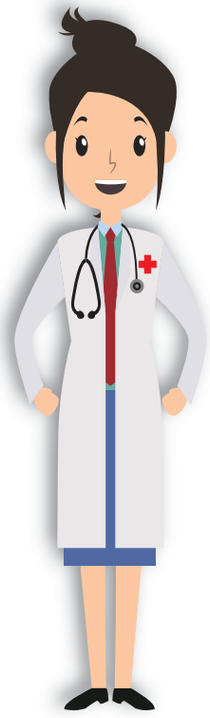
Παιδιά / έφηβοι > ευαισθησία αύξησης επιπέδων προλακτίνης από Αλοπεριδόλη και Ολανζαπίνη.

Πριν την έναρξη θεραπείας με Ψυχότροπα

- Ιστορικό σεξουαλικής λειτουργίας
- Ιστορικό πρόσφατων κύκλων εμμήνου ρύσης και θηλασμού
- Επίπεδα προλακτίνης ■

1 Mancini T, et al. Hyperprolactinemia & prolactinomas. Endocrinol Metab Clin North Am. 2008 Mar;37(1):67-99, viii.
2 Stephen M. Stahl - Essential Psychopharmacology. Third Edition, 2008. Cambridge University Press
3 Halbreich U, et al. Elevated prolactin levels in patients with schizophrenia: mechanisms and related adverse effects. Psychoneuroendocrinology 2003;28(Suppl 1):53-67
4 Corona G, et al. 2009. "Hypoprolactinemia: a new clinical syndrome in patients with sexual dysfunction". J Sex Med. 6 (5): 1457–66.
5 Meltzer et al. 1974. Serum prolactine levels in un medicated scizophrenic patients. Arch Gen Psychiatry, 31, 564-9
6 Peter Haddad, et al. Adverse syndromes & psychiatric drugs. Oxf Med Publications 2007 (2004 1st print)
7 Kinon B, Gilmore J. Prevalence of hyperprolactinemia ... 2001. Arch Wom Ment Health, 3 (suppl 2), S185
8 Smith et al. Sexual dysfunction in patients taking conventional antipsychotic medication. 2002. Br J Psychiatry, 181, 49-55.
9 Windgassen, et al. 1996. Galactorrhoea & Hypoprolactinaemia in schizophrenic patients. Neuropsychobiology. 33, 142-6.
10 Kaneda Y,et al.2000.Neither gynaecomastia & Galactorrhoea is a common side effect of neuroleptics in male. Neuroendocr,21,447-51
11 Lundberg PO, Hutler B. 1991. Sexual dysf in patients with hypothalamo-pituitary dis. Exp Clin Endocr, 98-81-8
12 Krueger TCH, et al. 2002. Orgasm induced prolactin secretion: feedback control? Neurosci Biobehav Rev, 26, 31-44
13 Petty RG. Prolactin and antipsychotic medications: mechanism of action. Schizophr Res. 1999 Mar 1;35 Suppl:S67-73
14 Halbreich U, et al. Elevated prolactin levels in pts with schizophrenia. Psychoneuroendocr 2003;28 (Suppl 1):53-67
15 Peter Haddad, et al. Adverse syndromes & psychiatric drugs. Oxf Med Publications 2007 (2004 1st print)

10η Διημερίδα + Έκθεση
ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ® & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΥΓΕΙΑΣ
Αθήνα, 2 & 3 Φεβρουαρίου 2019



- OTC FORUM
- ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ & ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ
- ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ FORUM ΥΓΕΙΑΣ
- 6 ΘΕΜΑΤΙΚΟΙ ΠΥΛΩΝΕΣ
- ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
- MANAGEMENT & MARKETING
- ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

Είσαστε έτοιμοι για τη μεγαλύτερη εκπαιδευτική εκδήλωση των επαγγελματιών υγείας; Αξίζει να είστε όλοι εδώ!

ΜΕΓΑΡΟ ΔΙΕΘΝΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ
Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας & Κόκκαλη, 115 21 Αθήνα

Ειδικές μορφές κατάθλιψης

Δυσθυμική Διαταραχή

Αναστάσιος Κ. Παπακωνσταντίνου,
Ψυχίατρος – Σεξολόγος, Επιστημονικός συνεργάτης ΕΚΠΑ

Ορίζοντας τη δυσθυμία

Η ανάπτυξη της Ψυχιατρικής εκτός των κλινικών ανέδειξε περιπτώσεις ασθενών με ηπιότερες κλινικές εικόνες[1-3]. Η κατάθλιψη αυτών δε φάνηκε να είναι μια σημαντική απόκλιση από τη συνήθη προσωπικότητα ή το ταμπεραμέντο τους[1-3]. Η έλλειψη σημαντικών ψυχοκινητικών συμπτωμάτων, ψυχωτικών συμπτωμάτων, καθώς και συμπτωμάτων από το αυτόνομο ΝΣ καθόρισε αυτούς τους ασθενείς ως νευρωτικούς καταθλιπτικούς[4].

1990: Ο Akiskal προτείνει το διαχωρισμό των δυσθυμικών σε 2 γκρουπ:

Character spectrum disorder (CSD)
- Παθολογική προσωπικότητα
- Συνοσηρότητα (κατάχρηση ουσιών, αλκοόλ)
- Φτωχή απάντηση στη φαρμακοθεραπεία
- Καταθλιπτικά συμπτώματα

Sub affective dysthymia (SD)
- Χρόνια πρωτογενής διαταραχή της διάθεσης
- Καλή απάντηση στη φαρμακοθεραπεία
- Συχνά θετικό οικογενειακό ιστορικό
- Συμπτώματα Μείζονος Κατάθλιψης σε υποουδικό επίπεδο

Κλινικές εκτιμήσεις: Depressive personality disorder

Καταθλιπτική διαταραχή προσωπικότητας - όπως περιγράφεται στο DSM-IV- είναι πιο περιορισμένη από τη Δυσθυμική διαταραχή

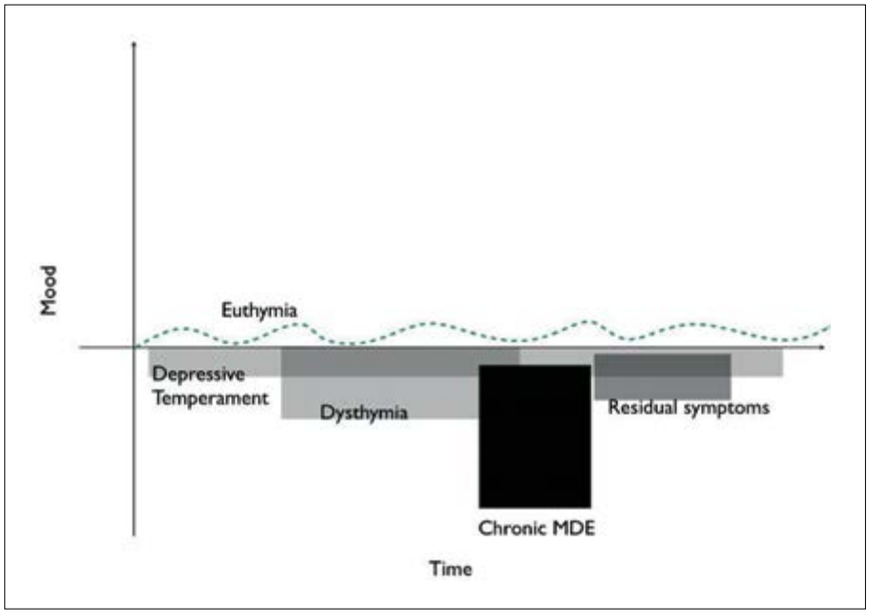
Δυσθυμική διαταραχή
- περιλαμβάνει πολλά σωματικά συμπτώματα
- απαιτεί μόνο διετή διάρκεια
- μπορεί να μειωθεί (ύφεση) και να υποτροπιάσει

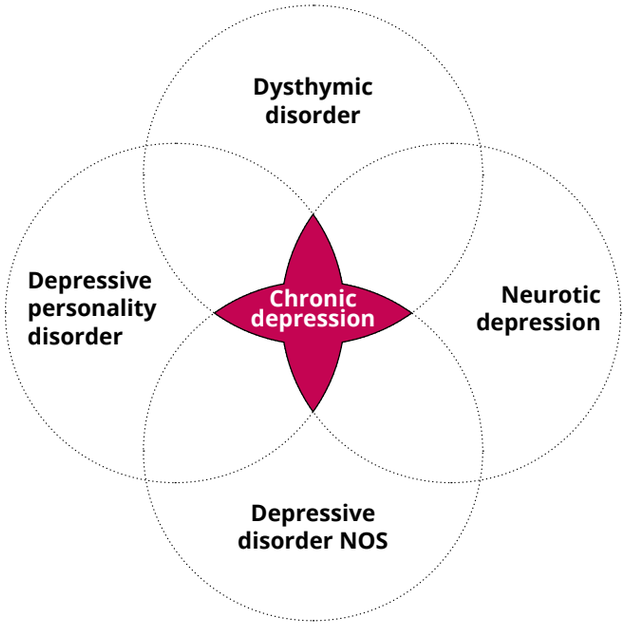
Αλλά η διάγνωση Δυσθυμικής διαταραχής
- Μπορεί να γίνει μόνο με ψυχολογικά συμπτώματα
- Παρουσιάζει μια πρώιμη και χρόνια πορεία
- Μπορεί να μην έχει ύφεση

Έτσι, γνωρίσματα της Καταθλιπτικής Διαταραχής της προσωπικότητας είναι σημαντικά, αλλά όχι για τη διάγνωση DSM IV

---

5 Akiskal HS. Dysthymic disorder. Am J Psychiatry. 1983 Jan;140(1):11-20. Review.
6 Akiskal H. Dysthymic disorder and its treatment. Encephale. 1993 Jul;19 Spec No 2:375-8.
7 Bagby et al., 2003, 2004; Ryder and Bagby, 1999; Ryder et al., 2002
8 Ryder and Bagby, 1999; Ryder et al., 2002; Ryder et al., 2005





Kleisas S, Papakonstantinou AK, Oikonomou A. Dysthymic Disorder: newer data. 2nd International Congress on Neurobiology, Psychopharmacology and Treatment Guidance. 2011, Greece.

Κλινικές εκτιμήσεις: Συμπτώματα

Συμπτώματα επιβεβαιωμένα από ασθενείς που πληρούν κριτήρια DSM-IV

- Χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα ανεπάρκειας
- Απαισιοδοξία, απόγνωση ή απελπισία
- Κοινωνική απόσυρση
- Χρόνια κόπωση ή κούραση
- Ενοχή, μελαγχολία για το παρελθόν
- Ευερεθιστότητα, υπερβολική οργή
- Μειωμένη δραστηριότητα, αποτελεσματικότητα ή παραγωγικότητα
- Δυσκολία στη σκέψη: δυσκολία συγκέντρωσης, φτωχή μνήμη,
- αναποφασιστικότητα
- Γενικευμένη απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης (ήπια ανηδονία)

Κλινικές εκτιμήσεις: ΜΚΔ

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή

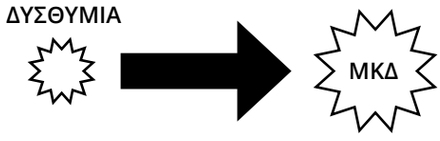
- Μεγαλύτερη απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης
- Απώλεια της όρεξης και απώλεια βάρους
- Πρόβλημα σκέψης, συγκέντρωσης, λήψης αποφάσεων
- Μείωση της δραστηριότητας
- Αίσθημα αναξιότητας
- Ημερήσια κόπωση με ταλάντευση της διάθεσης ή απώλεια ενέργειας
- Απελπισία και κοινωνική απόσυρση

Από αυτά προκύπτει ότι η ΜΚ είναι μια πιο σοβαρή κατάσταση, τουλάχιστον όσον αφορά στα τρέχοντα συμπτώματα.

Δεν υπάρχουν ουσιαστικές ποιοτικές διαφορές της συμπτωματολογίας.

Δυσθυμικοί ασθενείς συνήθως σημειώνουν χαμηλότερες επιδόσεις σε Ham-D από εκείνους με ΜΚΔ, αλλά η διαφορά δεν είναι μεγάλη.

Το προφίλ της Δυσθυμίας αλληλεπικαλύπτεται με τη μείζονα κατάθλιψη.



9 Klein et al. Symptomatology in dysthymic and MDD. Psychiatr Clin North Am. 1996 Mar;19(1):41-53. Review.1996.
10 Kocsis JH et al. Psychopharmacol Bull. 1995;31(2):213-6.
11 Frances, Recurrent brief depression, dysthymia and melancholia. Workshop report.
12 Int Clin Psychopharmacol. 1993 Jan;7(3-4):197-200.

- Τα συμπτώματα υπερτερούν των σημείων: αυτό μεταφράζεται ως μια πιο «υποκειμενική» από την αντικειμενική κατάθλιψη.
Αξιοσημείωτες διαταραχές της λίμπιντο και της όρεξης είναι ασυνήθιστες.
Ψυχοκινητική ανησυχία και επιβράδυνση δεν παρατηρήθηκαν.
Θυμίζει την κατάθλιψη, κάπως υποτονική, αλλά χρόνια ή με διαλείπουσα συ

Κλινικές εκτιμήσεις: ΜΚΔ και Δυσθυμία
Χρόνια ΜΚΔ και Δυσθυμία μπορεί να είναι: ξεχωριστές διαταραχές με επικάλυψη συμπτωμάτων με υψηλό ποσοστό συνοσηρότητας ή η Δυσθυμία είναι μια πρόδρομη φάση της ΜΚΔ

θεραπεία: Γιατί;
- Χρόνια πορεία, ύπουλη έναρξη[13]
- Χωρίς θεραπεία: > 2/3 συμπτωματικοί για δέκα χρόνια ή +[14]
- Μπορεί να παρουσιάσει πλήρη γκάμα καταθλιπτικών συ[13]
- Επικράτηση δια βίου[15,16]: 3% - 6%
  έφηβοι[17]: 1.6 % - 8.0%
  παιδιά[17]: 0.6% - 4.6%
- Σημαντική κοινωνική δυσλειτουργία & ανικανότητα.[1-3]
- Μεγαλύτερη χρήση, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ιατρικών υπηρεσιών & μη ειδικών ψυχοτρόπων φαρμάκων.[1-3]
- Αυξημένη νοσηρότητα από σωματικές ασθένειες.[4]
- Αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας.[4]
- Υψηλή συνοσηρότητα: > 75% με ΜΚΔ, Αγχώδεις δτχ, Διαταραχές χρήσης αλκοόλ ή ουσιών.[1, 2]
- "Double depression": > 60% των δυσθυμικών.[3]
- Παραγνωρισμένος παράγοντας εργασιακής ανικανότητας.[4] (Μακροπρόθεσμα, αρνητικές συνέπειες για άτομα και εργοδότες).
- Μηνιαία απώλεια παραγωγικότητας από κατάθλιψη εργατών ≈ $2 δις[5]

θεραπεία: Αλγόριθμοι;
World Federation of Societies of Biological Psychiatry

«..Η Δυσθυμία δεν αποτέλεσε επίκεντρο της ψυχοφαρμακολογίας, δεδομένης της χρονιότητας και της σύνδεσης με υποτιθέμενες μη βιολογικές μεταβλητές της προσωπικότητας (Howland 1991)... Ψυχοθεραπεία και Ψυχανάλυση: θεραπείες πρώτης επιλογής, παρά τη μη καλή τεκμηρίωση και μελέτη. Ωστόσο, ως αποτέλεσμα σειράς μελετών με εικονικό φάρμακο, αυτή η στάση τελευταία τείνει να αλλάξει. (Shergill and Katona 2000)...»

«.. Αν και η βέλτιστη διάρκεια φαρμακευτικής αγωγής στη δυσθυμία δεν έχει μελετηθεί σε μελέτες με ομάδες ελέγχου, συνιστάται η θεραπεία με αντικαταθλιπτικό για τουλάχιστον 2 με 3 χρόνια.
Συνιστώμενες δόσεις για τη δυσθυμία είναι εκείνες που δίνονται στην οξεία θεραπεία του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου»

Νεότερες Μελέτες
1η Μελέτη

Efficacy of antidepressants for dysthymia: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials.
J Clin Psychiatry. 2011 Apr;72(4):509-14
Levkovitz Y, Tedeschini E, Papakostas GI

13 Levkovitz Y, et al. Efficacy of antidepressants for dysthymia. J Clin Psychiatry. 2011 Apr;72(4):509-14.
14 Klein DN, et al. Dysthymia and chronic depression. J Clin Psychol. 2003 Aug;59(8):807-16. Review.
15 Weissman MM, et al. The epidemiology of dysthymia... Am J Psychiatry. 1988 Jul;145(7):815-9.
16 Kessler RC, et al. Lifetime and 12-month...Arch Gen Psychiatry. 1994 Jan;51(1):8-19.
17 Nobile M, et al. Diagnosis and treatment of dysthymia... CNS Drugs. 2003;17(13):927-46.
18 Akiskal HS. Dysthymic disorder. Am J Psychiatry. 1983 Jan;140(1):11-20. Review.
19 Akiskal H. Dysthymic disorder and its treatment. Encephale. 1993 Jul;19 Spec No 2:375-8.
20 Marin DB, et al. Desipramine for the treatment...Am J Psychiatry. 1994 Jul;151(7):1079-80.
21 Ishizaki J, Mimura M. Dysthymia &Apathy. Depress Res Treat. 2011;ID893905. Epub 2011 Jun 27.
22 Howland RH. General health, health care...Int J Psychiatry Med. 1993;23(3):211-38. Review.
23 Moch S. Dysthymia: more than "minor"depression. S Afr Pharm J 2011;78(3):38–43
24 Adler DA. The work impact of dysthymia... Gen Hosp Psychiatry. 2004 Jul-Aug;26(4):269-76.
25 Birnbaum HG, et al. Depression & Anxiety. 2009; 0:1-12

Ο σκοπός ήταν να απαντήσουν σε 3 ερωτήματα:

- Είναι τα αντικαταθλιπτικά αποτελεσματικά στη Δυσθυμία;
- Οι ασθενείς με δυσθυμία ανταποκρίνονται περισσότερο ή λιγότερο στο εικονικό φάρμακο (placebo response) από ασθενείς με ΜΚΔ;
- Στη δυσθυμία η αποτελεσματικότητα των ΑΚΘ vs. εικονικό φάρμακο είναι μεγαλύτερη ή μικρότερη από τους ασθενείς με ΜΚΔ;

ΕΠΙΛΟΓΗ:

Τυχαιοποιημένες, διπλές τυφλές με εικονικό φάρμακο κλινικές μελέτες, με μονοθεραπεία ΑΚΘ, στην οξεία φάση της ΜΚΔ ή στη Δυσθυμία.

Μελέτες δημοσιευμένες στο PubMed / MEDLINE μεταξύ 1 Ιανουαρίου 1980 και 20 Νοεμβρίου 2009. Δημοσιεύθηκαν 194 άρθρα: 177 με ΜΚΔ και 17 με Δυσθυμία.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ:

- DSM III, III-R, IV; Research Diagnostic Crit; Feighner diagnostic crit
- 4 εβδομάδες διάρκεια/ Ενήλικες/ Αρχικά δεδομένα (μη δημοσιευμένα)
- Κλίμακες:
  17-item Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-17),
  Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), or
  Clinical Global Impressions-Improvement (CGI-I) scale

ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ:

amitriptyline, nortriptyline, imipramine, desipramine, clomipramine, tranylcypromine, protriptyline, dothiepin, ritanserin, amineptine, phenelzine, trimipramine, doxepin lofepramine, desvenlafaxine, brofaromine, nomifensine, isocarboxazid, milnacipran, reboxetine, moclobemide, zimelidine, tianeptine, mianserin, amoxapine, maprotiline, fluoxetine, sertraline, paroxetine, escitalopram, citalopram, fluvoxamine, trazodone, nefazodone, bupropion, agomelatine, venlafaxine, duloxetine, mirtazapine

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΤΑΝΑΛΥΣΗΣ:

- Αντικαταθλιπτική θεραπεία: υψηλότερα ποσοστά ανταπόκρισης από το placebo, για τη Δυσθυμία
- Σημαντική διαφορά στα ποσοστά ανταπόκρισης του εικονικού φαρμάκου μεταξύ Δυσθυμίας (29.9%) και ΜΚΔ (37.9%)
- Μη σημαντική διαφορά στα ποσοστά ανταπόκρισης του αντικαταθλιπτικού μεταξύ Δυσθυμίας (52.4%; NNT≈1 in 4.4) και ΜΚΔ (54.3%; NNT≈1 in 6.1)

Efficacy of Antidepressants for Dysthymia
A Meta-Analysis of Placebo-Controlled Randomized Trials

J Clin Psychiatry. 2011 Apr;72(4):509-14 Levkovitz Y, Tedeschini E, Papakostas GI

ΣΥΖΗΤΗΣΗ:

- Αντικαταθλιπτική θεραπεία: πιο αποτελεσματική από το placebo και στα δύο, ΜΚΔ και Δυσθυμία.
- Ποσοστά ανταπόκρισης στο placebo: χαμηλότερα στη Δυ, σε σχέση με ΜΚΔ
- Η πρώτη μελέτη σύγκρισης ποσοστών ανταπόκρισης του αντικαταθλιπτικού και εικονικού φαρμάκου, μεταξύ Δυσθυμίας και ΜΚΔ, σε τυχαιοποιημένες, διπλές τυφλές με εικονικό φάρμακο κλινικές μελέτες.

Πιθανοί λόγοι εξήγησης μειωμένων ποσοστών ανταπόκρισης του placebo στη Δυσθυμία:

Μια πιο χρόνια πορεία της νόσου

Έτος δημοσίευσης: σχετίζεται αναλογικά με τα ποσοστά ανταπόκρισης του placebo σε κλινικές δοκιμές (πιο πρόσφατη δημοσίευση: μεγαλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης).

Προτεινόμενοι παράγοντες εξήγησης: εξέλιξη διαγνωστικών εργαλείων, αλλαγές στην επιλογή ασθενών, θέματα αξιοπιστίας των πρωτογενών αξιολογήσεων μέτρησης της αποτελεσματικότητας[29]

Διαφορές άλλων παραγόντων κινδύνου που ακόμα αγνοούνται, (eg. Συνοσηρότητα διαταραχών του Άξονα I or III) ή διαφορές στην υποκείμενη νευροβιολογική βάση.

2η Μελέτη

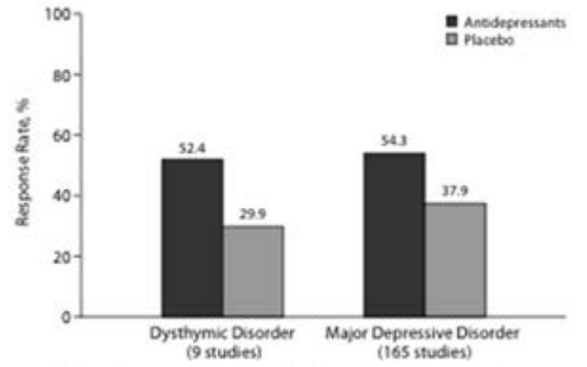
Second-Generation Antipsychotics for major depressive disorder and dysthymia

Cochrane Database Syst Rev. 2010 Dec

26 WFSBP Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 2: Maintenance Treatment of MDD and Treatment of Chronic Depressive Disorders and Subthreshold Depressions. World J Biol Psychiatry (2002) 3, 69 - 86

27 Levkovitz Y, Tedeschini E, Papakostas GI. J Clin Psychiatry. 2011 Apr;72(4):509-14.

Figure 1. Efficacy of Antidepressants Versus Placebo in Dysthymic Disorder and Major Depressive Disorder[a,b]



[a]$P < .001$ for antidepressants versus placebo in dysthymic disorder (n = 1,454) and in major depressive disorder (n = 44,240).
[b]$P = .007$ for comparison of the risk ratio of response with antidepressants versus placebo in dysthymic disorder versus major depressive disorder.

8;(12):CD008121
Komossa K, Depping AM, Gaudchau A, Kissling W, Leucht S

ΣΚΟΠΟΣ:
Αποτελέσματα / παρενέργειες των από του στόματος SGA (μονοθεραπεία ή σε επαύξηση) σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο ή αντικαταθλιπτικά για ασθενείς με ΜΚΔ ή Δυσθυμία.

ΜΕΘΟΔΟΣ:
- Cochrane Depression, Anxiety & Neurosis Group's controlled trial registers έως 21 Ιουλίου 2010: Τυχαιοποιημένες, διπλές τυφλές μελέτες.
- Τα άτομα με δυσθυμία αναλύθηκαν σε ξεχωριστή σύγκριση: Δεδομένα 5 μελετών με amisulpride
- Χωρίς όρια στη διάρκεια της μελέτης: Μικρής (έως 12 εβδ), μέσης (3-6 μ), μακράς διάρκειας (>6 μ) αποτελέσματα.

ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 28 μελέτες, 8487 συμμετέχοντες
Dysthymia
Amisulpride: 5 μελέτες (3 μέσης & 2 μικρής διάρκειας) / 1313 συμμετέχοντες

- Σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο:
  -μείωση συμπτωμάτων κατάθλιψης
  -αύξηση της προλακτίνης
- Σε σύγκριση με αντικαταθλιπτικά:
  -οφέλη λιγότερο εμφανή
  -αύξηση του σωματικού βάρους
- Δόση των 50 mg/ημέρα
- Η σύγκριση με τα αντικαταθλιπτικά είχε ετερογενή δεδομένα: μη σαφείς λόγοι
- Περιορισμοί
  -Περιορισμένα δεδομένα
  -Ευεργετικά αποτελέσματα (μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων λιγότερο εμφανής)
  -χειρότερη ανεκτικότητα (Διαταραχές στην αύξηση προλακτίνης και σωματικού βάρους)

3η Μελέτη
A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia
J Affect Disord. 2008 Oct;110(3):197-206. Epub 2008 May 5
Imel ZE, Malterer MB, McKay KM, Wampold BE

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:
Σημαντική διαφωνία όσον αφορά στη σχετική αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής σε τύπους κατάθλιψης

ΜΕΘΟΔΟΣ:
- Μετά-ανάλυση τυχαιοποιημένων αποτελεσμάτων για να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα μετά τη θεραπεία και στην παρακολούθηση
- Εκτίμηση της σχετικής αποτελεσματικότητας συνέχισης της φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με διακοπή ψυχοθεραπείας

28 μελέτες (n=3.381 πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:
- Ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή δεν είχαν σημαντικά διαφορετική αποτελεσματι-

28 Levkovitz Y, Tedeschini E, Papakostas GI. J Clin Psychiatry. 2011 Apr;72(4):509-14.
29 Papakostas GI, Fava M. Eur Neuropsychopharmacol. 2009 Jan;19(1):34-40. Epub 2008 Sep 26.
30 Komossa K,et al. SGAfor MDD and dysthymia. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Dec8;(12):CD008121.

κότητα στη μετά θεραπεία (μέγεθος εκτίμησης όχι σημαντικό)
- Μικρό αλλά σημαντικό πλεονέκτημα της φαρμακευτικής αγωγής στη δυ (Μολονότι χωρίς συσχέτιση ανάμεσα σε βαρύτητα κ τη σχετική αποτελεσματικότητα)
- Ψυχοθεραπεία => σημαντικό πλεονέκτημα στο follow-up (θετικά σχετιζόμενη με τη διάρκεια της παρακολούθησης)

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ:
- Λίγες μελέτες σοβαρής και χρόνιας κατάθλιψης, καθώς και δυσθυμίας.
- Μόνο μια μειοψηφία των μελετών αναφέρουν δεδομένα παρακολούθησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:
- Ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή είναι βιώσιμες θεραπείες.
- Η ψυχοθεραπεία μπορεί να προσφέρει μια προφυλακτική επίδραση.
- Η φαρμακευτική αγωγή ήταν σημαντικά πιο αποτελεσματική.

Οι αναλύσεις αυτές απέκλιναν από τις προηγούμενες διαπιστώσεις ότι:
- αποτελέσματα δεν ήταν σημαντικά και
- φαρμακευτική αγωγή ήταν σημαντικά πιο αποτελεσματική από την ψυχοθεραπεία

4η Μελέτη

Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies

J Clin Psychiatry. 2008 Nov;69(11):1675-85; quiz 1839-41 Epub 2008 Aug 12

Cuijpers P, van Straten A, van Oppen P, Andersson G

ΣΚΟΠΟΣ:

Ψυχολογική και φαρμακολογική θεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματικές;

ΠΗΓΕΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ:
- 6947 abstracts (από 1966 έως Μάιο 2007) σε PubMed, PsycINFO, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials
- Οι πρωτογενείς μελέτες από 22 μεταναλύσεις ψυχολογικής θεραπείας για την κατάθλιψη, επίσης, συλλέχθηκαν.

ΕΠΙΛΟΓΗ:

832 μελέτες εξετάστηκαν

ΕΞΑΓΩΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ:
- 30 τυχαιοποιημένες μελέτες σε μια μετα-ανάλυση 3,178 χιλιάδων ενηλίκων με διάγνωση καταθλιπτικής διαταραχής (ΜΚΔ, Δυσθυμία, Ελάσσον καταθλιπτική διαταραχή).
- Συγκριτικά αποτελέσματα ψυχολογικής και φαρμακευτικής αγωγής.

ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ:

Δυσθυμία:

Η Φαρμακοθεραπεία ήταν σημαντικά πιο αποτελεσματική.

ΜΚΔ:

SSRIs πιο αποτελεσματικοί από ψυχολογικές θεραπείες.

Άλλες αντικαταθλιπτικές θεραπείες δεν διέφεραν σημαντικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:
- Φαρμακολογικές θεραπείες μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική από ψυχολογικές παρεμβάσεις στη δυσθυμία SSRIs μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικοί στην ΜΚΔ (μικρές διαφορές / μάλλον μικρής σημασίας από κλινική άποψη).
- Και οι δύο θεραπείες είναι αποτελεσματικές στη θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών και η κάθε μια έχει την αξία της.

5η Μελέτη

Premature conclusions about psychotherapy for dysthymia

J Clin Psychiatry. 2009 Aug;70(8):1188; author reply 1188-89

---

31 Imel ZE,et al. A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. J Affect Disord. 2008 Oct;110(3):197-206. Epub 2008 May 5.

32 Cuijpers P,et al. 2008 Nov;69(11):1675-85; quiz 1839-41. Epub 2008 Aug 12.

Gaudiano BA, Uebelacker LA, Epstein-Lubow G, Miller IW

- Συγκριτικές μελέτες για ψυχοθεραπεία στη δυσθυμία δεν είναι αρκετά καλά εξακριβωμένες
- Τα συμπεράσματα των Cuijpers & colleagues σχετικά με την ψυχοθεραπεία σε δυσθυμικούς ασθενείς βασίστηκαν σε μόλις 5 κλινικές δοκιμές, που διέφεραν όσον αφορά στον καθορισμό του περιεχομένου, της διάρκειας και στη ρύθμιση της θεραπείας
- Οι Pinquart et al παρατήρησαν σε κατάθλιψη προχωρημένης ηλικίας ότι η φαρμακοθεραπεία ήταν λιγότερο αποτελεσματική από την ψυχοθεραπεία
- Κατάλληλη ερμηνεία των δεδομένων μέχρι σήμερα είναι ότι
  -Αναλυτική Γνωσιακή Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία προσαρμοσμένη για χρόνια κατάθλιψη είναι ελπιδοφόρα
  -Σύντομη ή διαπροσωπική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι λιγότερο αποτελεσματική από τα ΑΚΘ κατά τη διάρκεια της οξείας θεραπείας
- Η Ψυχοθεραπεία για τη δυσθυμία μπορεί να απαιτήσει
  -μεγαλύτερο αριθμό συνεδριών
  -ειδική προσαρμογή για χρόνιες ασθένειες
- Περαιτέρω έρευνα απαιτείται για να καθορίσει την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας (ειδικά για μακροπρόθεσμο αποτελέσματα)

Μέχρι να διεξαχθούν δοκιμές, οι μεταναλύσεις των δεδομένων αυτών είναι πρόωρες

Τελικά συμπεράσματα

Ψυχοθεραπεία και Φαρμακοθεραπεία => και οι δύο αποτελεσματικές θεραπείες. Συνδυασμός τους μπορεί να είναι πολύ πιο αποτελεσματικός

Βέλτιστη διάρκεια φαρμακοθεραπείας: προτείνεται τουλάχιστον 2-3 χρόνια αντικαταθλιπτικής θεραπείας

Δοσολογία: παρόμοια με την οξεία θεραπεία ενός ΜΚΕ (το περιθώριο της αποτελεσματικότητας των ΑΚΘ στη Δυσθυμία > από την ΜΚΔ)

Πρώτης επιλογής θεραπεία

SSRIs (όπως fluoxetine*, sertraline, citalopram) [Max 40 mg] λόγω της υψηλής ανοχής τους και του καλού προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών

** Φάρμακο εκλογής σε παιδιά/εφήβους (άλλα μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας)*[35, 36]

Επιτυχία επίσης αναφέρθηκε με νοραδρενεργικούς παράγοντες, όπως mirtazapine, venlafaxine, duloxetine, bupropion

Θεραπεία δεύτερης γραμμής (αποτυχία ή μη ανοχή σε SSRIs[37])

TCAs: amitriptyline, imipramine, desipramine or

Αναστρέψιμοι MAOI: moclobemide

Έχει προταθεί από μερικούς κλινικούς ως μια τρίτης γραμμής θεραπεία :

Phenelzine (μη αναστρέψιμος MAOI)

- Ανώτερη αποτελεσματικότητα
- Λιγότερο ευνοϊκές ανεπιθύμητες ενέργειες / διατροφικοί περιορισμοί

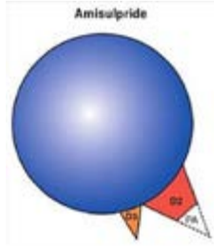
Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

- Χωρίς καλά εδραιωμένα ή συνεπή στοιχεία αποτελεσματικότητας
- Επί του παρόντος, οι περισσότεροι αλγόριθμοι θεραπείας δεν περιλαμβάνουν ΗΣΘ ως επιλογή

Τρίτης γραμμής θεραπεία

Δεύτερης γενιάς αντιψυχωτικά (SGA)

- ευεργετικά αποτελέσματα σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο
- πιο αποτελεσματική στις πρώτες εβδομάδες θεραπείας: ταχύτερη απόκριση[38]
- χειρότερη ανεκτικότητα: καταστολή, αύξηση βάρους, διαταραχές εργαστηριακών δεδομένων



33 Gaudiano BA,et al. Premature conclusions about psychotherapy for dysthymia.
34 J Clin Psychiatry. 2009 Aug;70(8):1188; author reply 1188-89.
35 Anderson IM, et al. Evidence-based guidelines.J Psychopharmacol. 2008;22(4):343-396
36 Hetrick S, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3):CD004851
37 Roni Shiloh, et al. Atlas of Psychiatric Pharmacotherapy, 2nd Ed. Informa Healthcare, 2006
38 Amore M, Jori MC; AMISERT Investigators. Int Clin Psychopharmacol. 2001 Nov;16(6):317-24.

Πίνακας 1

Τύποι ψυχοθεραπείας	**Περιγραφή**
Γνωσιακή	Αναγνωρίζει, διακόπτει, διορθώνει αρνητικά μοτίβα σκέψης, προωθώντας μια αυτό-ενίσχυση επικριτικής νοοτροπίας
Συμπεριφορική	Εναλλακτικές, θετικές δράσεις για να παρακάμπτονται μαθημένες ανικανότητες, επιδράσεις στρες, έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων
Διαπροσωπική	Αναπτύσσει ευαισθησία σε κοινωνικούς ρόλους και παρέχει τεχνικές διαπραγμάτευσης σε χωρισμό, θάνατο, διαμάχες
Ψυχοδυναμική	Εξετάζει συναισθηματικές συγκρούσεις σε σχέση με παιδική ηλικία κ επιδιώκει να βελτιώσει την εικόνα με αναδρομική ενδοσκόπηση
Υποστηρικτική	Πίνακας Ι: Ψυχοθεραπευτικές θεραπείες για τη Δυσθυμία

Amisulpride: ευεργετικά αποτελέσματα σε χαμηλές δόσεις (e.g. 50 mg/day)[39, 40]
Αποκλείει κυρίως προ-συναπτικούς ντοπαμινεργικούς υποδοχείς: επακολουθεί αυξημένη έκκριση ντοπαμίνης
1993/ Italy, 1st marketing authorization: Deniban 50 Mg => Dysthymia treatment (short-medium term)
Olanzapine: σε συνοσηρότητα με borderline διαταραχή προσωπικότητας[41, 42]

Θεραπείες συνδυασμού φαρμάκων

- Στην αντίσταση στα αντικαταθλιπτικά, Λίθιο ή θυροειδική ορμόνη (thyroxine) μπορεί να προστεθεί[44]
- Συνδυασμοί αντικαταθλιπτικών (διαφορετικών τύπων): Κάποια αξία, παρά τη μεγαλύτερη σοβαρότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών (μείωση τήρησης της θεραπείας)

Τα αντικαταθλιπτικά βελτιώνουν τη δυσθυμία σε 50-70% των ασθενών

- Η μη απάντηση είναι δύσκολο να προσδιοριστεί[45]:
- Εκτεταμένη διαδικασία για τον καθορισμό αποτελεσματικότητας ενός παράγοντα

Διαφορετικοί τύποι ψυχοθεραπείας, μπορούν να προσφέρουν αποτελεσματική θεραπεία σε άτομα με δυσθυμία (Πίνακας 1)

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

- Ειδικά ανεπτυγμένη για ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη
- Πιο συγκροτημένη και αυστηρή από τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία και
- Επικεντρωμένη κυρίως στις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις, συμπεριλαμβανομένων των αλληλεπιδράσεων με τον θεραπευτή

Αναγνωρίζεται πως γνωσιακά και συμπεριφορικά μοντέλα παράγουν και διαιωνίζουν διαπροσωπικά προβλήματα. Μαθαίνεται πως διορθώνονται δυσπροσαρμοστικά πρότυπα διαπροσωπικών συμπεριφορών. ■

39 Komossa K,et al. SGAfor MDD and dysthymia. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Dec8;(12):CD008121.
40 Pani L, Gessa GL. The substituted benzamides.... Mol Psychiatry. 2002;7(3):247-53.
41 Bauer M, et al. WFSBP Guidelines treatment. World J Biol Psychiatry 2002; 3: 69–86.
42 Shergill SS, et al. Pharmacotherapy of affective disorders. In: Contemporary Psychiatry, F Henn, N Sartorius, et al. Vol 3, Heidelberg: Springer-Verlag, 2000: 317–336.
43 Moch S. Dysthymia: more than "minor"depression. S Afr Pharm J 2011;78(3):38–43
44 Stahl SM. Essential psychopharmacology. 3rd ed. New York: Cambridge University Press; 2008.
45 De Lima MS, et al. Benefits & risks of pharmacotherapy for dysthymia. Drug Saf. 2003;26(1):55-64.
46 Ishizaki J, Mimura M. Dysthymia &Apathy. Depress Res Treat. 2011;ID893905. Epub 2011 Jun 27.

Πολυφαρμακία και γνωστική λειτουργία στην σχιζοφρένεια

Σπύρος Κλείσας
Ψυχίατρος – Ψυχοθεραπευτής, ΚΣΔΕΟ ΕΔΡΑ, Μ.Φ.Η ΛΩΪΣ

Δημήτριος Κόντης
Ψυχίατρος, Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ, 4ο Ψυχιατρικό Τμήμα Εισαγωγών, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής

Η πολυφαρμακία είναι η συνταγογράφηση στον ίδιο ασθενή περισσοτέρων από δύο φαρμάκων.

Κατά Fulton και Allen είναι η χρήση φαρμάκων τα οποία δεν έχουν κλινική ένδειξη.

Συχνά σχετίζεται αλλά και είναι παράγοντας κινδύνου για χρήση και υπερβολικών δοσολογιών[1].

Η συνιστώμενη ημερήσια δόση είναι 300-1000 CPZeq[1]

Η επικράτηση της αυξάνει σταθερά στην κλινική Ψυχιατρική και σε ορισμένες μελέτες φτάνει το 50%[2]

Η ανασκόπηση κλινικών οδηγιών αποκαλύπτει ότι τα αντιψυχωτικά ουσιαστικά συνιστώνται ως μονοθεραπεία.

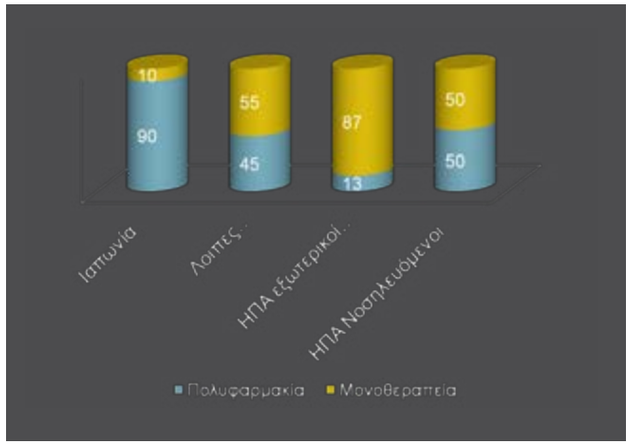
Παραδόξως, στην κλινική πρακτική η ταυτόχρονη χρήση συνδυασμού αντιψυχωτικών απαντάται σε 13-90% των ασθενών.

Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν επικράτηση της πολυφαρμακίας σε ποσοστό 10-30%[3] (Εικόνα 1).

Σε Νατουραλιστικές μελέτες (Naturalistic Studies) φαίνεται ότι σχετίζεται με μακρύτερη παραμονή στο Νοσοκομείο, περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, και ανεπαρκέστερο έλεγχο των συμπτωμάτων.

Τα τυπικά δεν έχει φανεί ότι βελτιώνουν την γνωστική ικανότητα (Meltzer,1999).

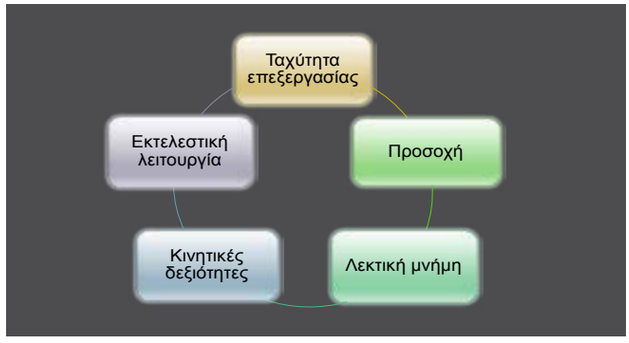
Τα άτυπα αντιψυχωτικά φαίνεται πως έχουν μικρή έως μέτρια αποτελεσματικότητα στην βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών όταν χορηγούνται σε δόσεις εντός των συνιστώμενων ορίων[4].



Εικόνα 1

Τα άτυπα βελτιώνουν κάποιους αλλά όχι όλους τους τομείς της γνωστικής λειτουργίας.

Σε αυτούς περιλαμβάνονται:



1 Lehman & Steinwachs, 1998;Sim et al., 2009; 2004; Diaz and De Leon, 2002; Ito et al., 2005; Marder and van Kammen, 2000
2 Lelliott et al., 2002
3 (Correll et al., 2007; Kreyenbuhl et al., 2006; Faries et al., 2005; Ganguly et al., 2004; Jaffe and Levine, 2003; Tapp et al., 2003; Procyshyn et al., 2001)
4 (Davidson et al 2009; Woodward et al., 2007; Woodward et al., 2005; Mishara and Goldberg, 2004; Harvey and Keefe, 2001)

	Πηγή		1mg RIS=				Τυπικά/ Άτυπα μετατροπή
Μοντέλο	**Τυπικά**	**Άτυπα**	**OLZ**	**QUE**	**CLZ**	**RIS consta (/14 ημ)**	**1mg RIS=**
1		CATIE	5	140	70	7.5	2mg HAL
2		CATIE	5	140	70	7.5	1mg HAL
3		Davis and Chen	4.5	100	100	7.5	2mg HAL
4		DefDD	2	80	60	5	16mg HAL

Πίνακας 1. Κάποια μοντέλα για τις ισοδύναμες δόσεις κατά ELIE

Κάποια άτυπα ίσως να είναι καλύτερα από άλλα σε συγκεκριμένους τομείς γνωστικών λειτουργιών.

Η συνιστώμενη δόση βασίζεται σε οδηγίες (guidelines), πολλές φορές όμως αλλάζει στην πορεία του χρόνου.

Η ισοδύναμη δόση αποτελεί θέμα υπό αμφισβήτηση.

Για τα τυπικά, σταθερό σημείο αναφοράς είναι τα ισοδύναμα χλωροπρομαζίνης (CPZeq)[5]. Για τα άτυπα, οι ισοδύναμες δόσεις είναι πιο δυσδιάκριτες. (Πίνακας 1)

Η πολυφαρμακία δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Δεν έχουν μελετηθεί ειδικά τα αποτελέσματα αυτής της πρακτικής στη γνωστική λειτουργία. Δεν έχουν μελετηθεί ιδιαίτερα οι συνδυασμοί άτυπων και τυπικών.

Οι μελέτες είναι λίγες, με αρκετές αδυναμίες λόγω:

- Βραχείας διάρκειας follow up.
- Ανεπαρκούς παρακολούθησης ανεπιθύμητων ενεργειών (Αύξηση κινδύνου x2,5 φορές για μείωση της επιβίωσης σε διάστημα 10 ετών).
- Έλλειψης ελέγχου των πιθανών μεταβλητών.
- Μικρού αριθμού μελετών και μικρού αριθμού ασθενών.

Στη μελέτη του Elie, νατουραλιστική με 56 ασθενείς: Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα BACS (Brief Assesment of Cognition in Schizophrenia). Η χρήση τυπικών σχετίστηκε με χειρότερη γνωστική επίδοση.

Τα αποτελέσματα ήταν:

- Ανεξάρτητα από την ηλικία.
- Τις υποκλίμακες της PANSS
- Την ημερήσια συνολική δόση αντιψυχωτικού.

Η πολυφαρμακία συνδέθηκε με χειρότερη γνωστική λειτουργία, η σχέση όμως αυτή αποδόθηκε στην αυξημένη δόση των φαρμάκων.

Άρα η αυξημένη δόση είναι ο μεσολαβητής που οδήγησε σε χειρότερες γνωστικές λειτουργίες

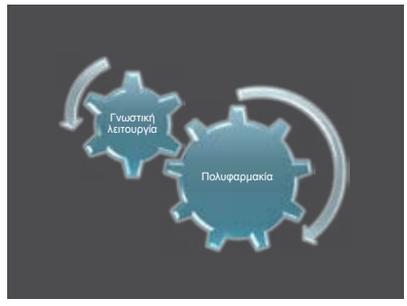
Συμπερασματικά:

Α) Η αύξηση της συνολικής δόσης σχετίζεται με χειρότερη γνωστική απόδοση.

Β) Η γνωστική απόδοση είναι ανεξάρτητη από τον αριθμό των φαρμάκων.

Αν αντιστρέψουμε τη σκέψη αυτή, μπορούμε να πούμε ότι η πτωχή γνωστική λειτουργία μπορεί να είναι δυνητικά παράγοντας κινδύνου για πολυφαρμακία ή/ και υψηλές δόσεις.

Η μελέτη CATIE απλά αναφέρει τη σχέση χωρίς να αποφαίνεται για το αίτιο και το αιτιατό[6]



Οι μελλοντικές μελέτες θα έπρεπε να έχουν προνοσηρή, αρχική εκτίμηση γνωστικών λειτουργιών ή κάποια δοκιμασία που να αντανακλά έστω και μερικά την προνοσηρή νοημοσύνη Π.χ. λεκτική δοκιμασία του WAIS-R[7]

5 (The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team Treatment Recommendations, Lehman, et al., 2004)
6 Chakos et al (2006)
7 Russell, et al., (2000)

Η μελέτη της Chakos et al (2006) :

Βασίστηκε σε δεδομένα από την μελέτη CATIE:

Συμπέρανε ότι οι ασθενείς με χειρότερη γνωστική επίδοση ήταν περισσότερο πιθανό να λαμβάνουν πολυφαρμακία, χωρίς όμως να αναφέρεται η διάρκεια αγωγής ή η δοσολογία της αγωγής.

Σε διπλή τυφλή μελέτη n=68[8] ασθενών υπό κλοζαπίνη σε δόσεις μεγαλύτερες ή ίσες 400mg, προστέθηκε Ρισπεριδόνη σε δόση μικρότερη ή ίση των 3 mg.

Αποτέλεσμα η παρουσία σημαντικής μείωσης της απόδοσης σε γνωστικές μετρήσεις (λεκτική μνήμη εργασίας).

Σε δεύτερη διπλή τυφλή μελέτη ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο[9] σε ασθενείς υπό κλοζαπίνη όπου προστέθηκε πάλι ρισπεριδόνη τα αποτελέσματα ήταν:

Βρέθηκε σημαντική βελτίωση και στις δύο ομάδες σε διάφορες μετρήσεις γνωστικών λειτουργιών, αλλά υπήρξε μεγαλύτερη βελτίωση στην ομάδα που λάμβανε εικονικό φάρμακο:

Σε μετρήσεις της αρχικής απόκτησης της γνώσης και στην προσοχή.

Η βελτίωση στην γνωστική επίδοση δεν συνδέθηκε με την ψυχοπαθολογία.

Για την ομάδα του εικονικού φαρμάκου, όχι όμως και της ρισπεριδόνης βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις (εικόνα 2).

Συμπέρασματικά, η προσθήκη ρισπεριδόνης στην κλοζαπίνη δεν βοηθά στην γνωστική λειτουργία.

Η Hori et al. (2006) εξέτασε το ρόλο της πολυφαρμακίας και των υπερβολικών δόσεων >1000 CPZeq σε 67 ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια. Βρήκαν ότι η πολυφαρμακία και/ η υπερβολική δόση σχετίζονταν με χειρότερη επίδοση:

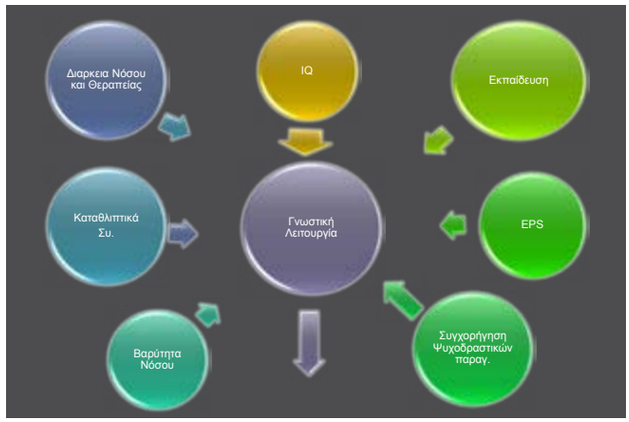
- Στην οπτική μνήμη,
- Στην καθυστερημένη ανάκληση,
- Στο πρακτικό IQ,
- Στην εκτελεστική λειτουργία

Παρόλα αυτά οι ερευνητές συμπλήρωσαν ότι για αυτά τα αποτελέσματα μπορεί να ευθύνεται και η αυξημένη βαρύτητα της νόσου για την ομάδα της πολυφαρμακίας καθώς και η αυξημένη δόση.

Ο Kawai et al (2006) μειώνοντας τη δόση σε ασθενείς που λάμβαναν υψηλές δόσεις πολλών τυπικών αντιψυχωτικών σημείωσαν ότι η μείωση της δόσης μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών.

Εικόνα 2

Εικόνα 3



Η δόση μειώθηκε από αρχικό επίπεδο (μέση δόση=2.253 CPZeq, SD +/- 668) σε μικρότερο επίπεδο (1.315 SD, +/- 276) και ο έλεγχος της γνωστικής λειτουργίας διενεργήθηκε με το Wisconsin card sorting test (WCST) and continuous performance test (CPT).

Στη μελέτη μας, έως τώρα διερευνήσαμε 53 ασθενείς με σχιζοφρένεια σε μη λεκτικές γνωστικές δοκιμασίες που ελέγχουν:

- Την ταχύτητα κίνησης
- Τη μνήμη
- Τις εκτελεστικές λειτουργίες.

Υποθέσαμε ότι οι ασθενείς σε πολυφαρμακία και υπερβολική δόση θα είχαν χειρότερη γνωστική επίδοση από αυτούς που λάμβαναν μονοθεραπεία ή φυσιολογική δόση αντιψυχωτικού φαρμάκου.

8 (Honer et al., 2007)
9 (Akdede et al., 2006)

Λάβαμε υπ' όψιν σημαντικές μεταβλητές που μπορούν δυνητικά να επηρεάσουν αυτές τις παραμέτρους (εικόνα 3).

Μεθοδολογία:

Διάγνωση σχιζοφρένειας από δύο έμπειρους Ψυχιάτρους, βάσει των κριτηρίων DSM-IV

Επιβεβαίωση της διάγνωσης με το OPCRIT (OPerational CRITeria symptom checklist, Mc Guffin et al., 1991)

Αξιολόγηση των συμπτωμάτων και γνωστικής λειτουργίας όταν ο ασθενής ήταν συνεργάσιμος

Κριτήρια αποκλεισμού:

- Άλλη εθνικότητα εκτός από Ελληνική
- Προβλήματα όρασης και ακοής
- Ιστορικό τραύματος κεφαλής
- Παρουσία Νευροεκφυλιστικής Νόσου
- Αριστεροχειρία

Η Κλινική εκτίμηση των ασθενών έγινε με τη χρήση:

- PANSS (PANSS; Kay et al., 1987)
- Calgary Depression Scale (CDS; Addington, et al., 1992)
- Extrapyramidal Symptoms Rating Scale (ESRS; Chouinard and Margolese, 2005),
- the Global Assessment of Functioning Scale (GAF; American Psychiatric Association., 1994)
- Clinical Global Impression Scale (CGI; Guy, 1976)

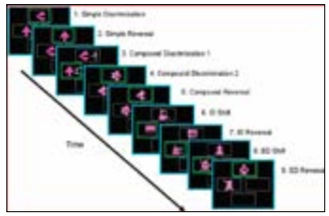
Η Νευροψυχολογική εκτίμηση έγινε με:

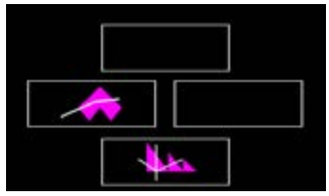
- Το WAIS-III (Wechsler, 1997)
- Το Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB), το οποίο αποτελείται από μία σειρά αυτοματοποιημένων μη-λεκτικών δοκιμασιών μνήμης και εκτελεστικής λειτουργίας σε υπολογιστή (Levaux, 2007)

1.Έλεγχος κινητικών λειτουργιών (Motor control). Ο ασθενής αγγίζει σειρά στόχων. Μέτρηση μέσου λανθάνοντος χρόνου

2.Μνήμη αναγνώρισης σχημάτων (Pattern recognition memory). Ο ασθενής καλείται να διακρίνει νέα σχήματα από τα προηγούμενα που του παρουσιάζονται στην οθόνη.

3. Μνήμη χωροταξικής αναγνώρισης (Spatial recognition memory). Παρουσιάζονται 5 όμοια τετράγωνα σε διαδοχικά διαφορετικές θέσεις. Ο ασθενής καλείται να αποτυπώσει σωστά «τα ίχνη τους» αρχίζοντας από το τελευταίο προς το πρώτο.

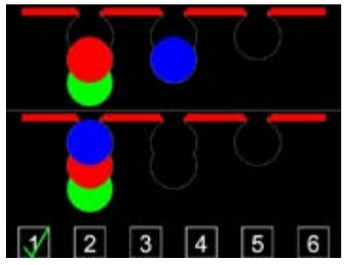




4.Δοκιμασία εναλλαγής στην ίδια και διαφορετική διάσταση (Intra–extra dimensional set shifting task, IEDSS): Αυτή η δοκιμασία εξετάζει την δυνατότητα ανάκτησης κανόνων και τη δυνατότητα μετατόπισης της προσοχής. **Ομοιάζει με το Wisconsin Card Sorting test.**

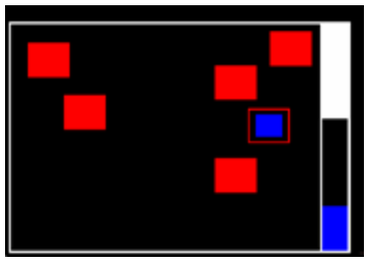
Τα ερεθίσματα συνίστανται σε λευκές τεθλασμένες γραμμές και χρωματιστά σχήματα. Η δοκιμασία βαθμολογείται με βάση τον αριθμό των λαθών και με βάση τον αριθμό των ολοκληρωμένων σταδίων. Ο αριθμός των λαθών ελέγχει την ικανότητα του εξεταζομένου, λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι οι εξεταζόμενοι που συμπληρώνουν λιγότερα στάδια της δοκιμασίας κάνουν και λιγότερα λάθη.

Τέλος σημειώνεται η ολοκλήρωση ή μη της δοκιμασίας.



5. Stockings of Cambridge (SoC): Ο ασθενής πρέπει να μεταφέρει χρωματιστές μπάλες στις λιγότερες δυνατές κινήσεις, αντιγράφοντας μια πρότυπη διάταξη. Η δοκιμασία αξιολογεί τις εκτελεστικές λειτουργίες του σχεδιασμού. Μετρήσεις για την αποτελεσματικότητα του εξεταζομένου: Ο αριθμός των κινήσεων για την επίλυση του προβλήματος (μέγιστο 12) και ο λανθάνων χρόνος για τις κινήσεις. «Αρχικός χρόνος σκέψης» και «μετέπειτα χρόνος

σκέψης» που ανταποκρίνεται στο λανθάνοντα χρόνο για το σχεδιασμό και την εκτέλεση των κινήσεων. Επίσης σημειώνεται η ολοκλήρωση ή μη της δοκιμασίας.



6. Μνήμη εργασίας στο χώρο. Spatial working memory (SWM): Η δοκιμασία απαιτεί από τον συμμετέχοντα να αναζητήσει σε αυξανόμενο αριθμό κουτιών κάποια κρυμμένα αντικείμενα. Το κουτί με κάθε αντικείμενο περιέχει μόνο ένα αντικείμενο, έτσι ώστε να χρειάζεται μόνο μία φορά ψάξιμο. Εδώ σημειώνεται λάθος όταν μεταξύ δύο κουτιών ελέγχεται κάποιο που έχει ελεγχθεί και προηγούμενα. Βαθμολογείται επίσης και η «στρατηγική» του εξεταζομένου, η οποία αντανακλά αν ο εξεταζόμενος υιοθέτησε συστηματική αναζήτηση.

Στατιστική ανάλυση

Χρησιμοποιήθηκε το SPSS v15.0

Έγινε σύγκριση μεταξύ των 4 υποομάδων για τα ζεύγη της πολυφαρμακίας και της μονοθεραπείας και της υπερβολικής και κανονοκής δόσης, χρησιμοποιόντας Chi-square ανάλυση για τις κατηγορικές μεταβλητές και T-test ή Mann Whitney test για τις συνεχόμενες μεταβλητές.

Η ομάδα της πολυφαρμακίας διαιρέθηκε σε δύο, η μία με δύο άτυπα και η άλλη με συνδυασμό τυπικού άτυπου. Έπειτα η σύγκριση έγινε με chi-square ανάλυση και με μη παραμετρική ANOVA

Έγινε μετατροπή των δόσεων σε CPZeq, και έπειτα διόρθωση Bonferroni για πολλαπλές συγκρίσεις (13), με p:0.0038

Συσχετισμοί μεταξύ δόσης αντιψυχωτικού και γνωστικής λειτουργίας

Δεν βρήκαμε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της συνολικής καθημερινής δόσης αντιψυχωτικού και των μετρήσεων των γνωστικών λειτουργιών στους ασθενείς με σχιζοφρένεια ακόμα και με τη διόρθωση για το επίπεδο νοημοσύνης.

Δεν βρήκαμε σημαντική συσχέτιση ούτε στην ομάδα της πολυφαρμακίας.

Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση για την ομάδα της μονοθεραπείας, μεταξύ της συνολικής δόσης αντιψυχωτικού και της μνήμης εργασίας στο χώρο για τη συνολική στρατηγική. Η συσχέτιση παρέμεινε στατιστικά σημαντική και μετά τη διόρθωση bonferroni.

Στην ομάδα της υπερβολικής χορήγησης αντιψυχωτικών, η δόση παρουσίασε σημαντική συσχέτιση με την δοκιμασία SoC με τον μετέπειτα χρόνο σκέψης και με τη δοκιμασία της μνήμης εργασίας στο χώρο στα 8 κουτιά.

Στην ομάδα της φυσιολογικής δόσης υπήρξε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της δόσης και της βαθμολογίας της στρατηγικής για τη μνήμη εργασίας στο χώρο.

Η υπόθεσή μας ότι η υπερβολική δόση αντιψυχωτικών και η πολυφαρμακία θα επηρέαζαν αρνητικά την γνωστική λειτουργία δεν επιβεβαιώθηκε.

Αυτό με μία πρώτη ματιά ίσως να φαίνεται παράδοξο, αν εξαιρέσουμε κάποιες επιμέρους τάσεις σε γνωστικές δοκιμασίες ανάμεσα στις ομάδες μονοθεραπείας και πολυφαρμακίας, που όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

Πιθανές εξηγήσεις: Τα αντιψυχωτικά έχουν «ουδέτερη συμπεριφορά» σε επίπεδο γνωστικών λειτουργιών[10]

Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι η θεραπεία με τυπικά έχει μικρά ή μη αξιολογίσιμα αποτελέσματα στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες[11]

Πιο πρόσφατα δεδομένα αμφισβητούν την καλύτερη αποτελεσματικότητα των ατύπων έναντι των τυπικών αντιψυχωτικών[12]

Τα όποια καλύτερα αποτελέσματα πιθανόν να οφείλονται στην εξάσκηση στις γνωστικές δοκιμασίες.[13]

Σε παθοφυσιολογικό επίπεδο η έλλειψη αποτελεσματικότητας των αντιψυχωτικών στις γνωστικές

10 (Dickinson and Harvey, 2009)
11 (Blyler and Gold, 2000; Mortimer, 1997; Faustman and Hoff, 1996; Cassens et al., 1990; Spohn and Strauss, 1989; Medalia et al., 1988; Heaton and Crowley, 1981)
12 (Green, 2007; Keefe et al., 2007)
13 (Goldberg et al, 2007)

Πίνακας 2. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Πολυφαρμακία και μονοθεραπεία

Μεταβλητή	Ομάδα πολυφαρμακίας (n=25)	Ομάδα μονοθεραπείας (n=28)	p value
Φύλο (Άρρεν/Θήλυ)	16/9	24/4	0.130
Ηλικία (SD) Έτη	42.08 (9.41)	41.89 (11.01)	0.948
Εκπαίδευση (SD) Έτη	11.58 (2.84)	10.43 (3.51)	0.203
Εκπαίδευση του πατέρα (SD) Έτη	10.24 (4.72)	9 (4.86)	0.392
Εκπαίδευση μητέρας(SD) Έτη	8.37 (5.20)	8.04 (5.69)	0.756
Κάπνισμα (ναι/όχι)	19/5	21/6	1
Κλινική οξέων/ Δομή-εξωτερικός ασθενής	17/8	22/6	0,576
Οικογενειακό ιστορικό Σχιζοφρένειας (Ναι/ όχι)	8/13	12/13	0.707
Ηλικία έναρξης νόσου (SD) έτη	24.61 (7.66)	26.39 (8.87)	0.388
Διάρκεια της νόσου (SD) Έτη	18.63 (10.56)	15.93 (10.99)	0.383
Διάρκεια φαρμακοθεραπείας (SD) Έτη	16.33 (11.70)	13.17 (10.80)	0.344
Αριθμός Νοσηλειών (SD)	4.89 (0.84)	4.16 (0.69)	0.382
Chlorpromazine dose equivalents (SD) mg/day	**1296,40 (116.43)**	**567,34 (67.21)**	**<0.001*** **
Αντιψυχωτικό (Τυπικό/άτυπο / και τα δύο)	**0/8/17**	**4/24/0**	**<0.001*** **
Αριθμός αντιψυχωτικών (SD)	2.08 (0.28)	1	
Συνδυασμός αντιψυχωτικών		-	
Δύο άτυπα	8	-	
Άτυπο + Τυπικό	17	-	

Πίνακας 3. Υπερβολική δόση αντιψυχωτικού έναντι συνιστώμενης δόσης: Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών και της ομάδας ελέγχου

Μεταβλητή	Ομάδα υπό υπερβολική δόση (n=21)	Ομάδα με συνιστώμενη δόση (n=27)	Τιμή p
Φύλο (άρρεν/ θήλυ)	15/6	21/6	0.867
Ηλικία (SD) Έτη	42.67 (8.75)	40.67 (11.52)	0.512
Μόρφωση (SD) years	11.25 (2.84)	10.70 (3.16)	0.363
Μόρφωση του πατέρα (SD) Έτη	9.71 (5.23)	9.05 (4.59)	0.685
Μόρφωση της μητέρας (SD) Έτη	8.40 (6.54)	7.96 (5.02)	0.836
Κάπνισμα (Ναι/Όχι)	16/4	21/5	1
Κλινική οξέων/ Εξωτερική δομή-εξωτερικός ασθενής	14/7	21/6	0.595
Οικογενειακό ιστορικό σχιζοφρένειας (Ναι/όχι)	6/10	10/15	1
Ηλικία έναρξης νόσου (SD) Έτη	26.58 (7.96)	23.41 (6.44)	0.183
Διάρκεια της νόσου(SD) Έτη	17.55 (10.05)	17.62 (11.41)	0.982
Διάρκεια φαρμακοθεραπείας(SD) Έτη	16.94 (10.32)	13.13 (11.41)	0.284
Αριθμός Νοσηλειών(SD)	4.63 (2.73)	4.17 (3.59)	0.349
Ισοδύναμη δόση χλωροπρομαζίνης (SD) mg/ημ	**1426.20 (509,70)**	**520.38 (200.92)**	**<0.001*** **
Αντιψυχωτικά (τυπικά/άτυπα/συνδυασμός)	**3/5/13**	**1/23/3**	**<0.001*** **
Πολυφαρμακία (Ναι/όχι)	**18/3**	**5/22**	**<0.001*** **
Αριθμός αντιψυχωτικών	**1.9 (0.44)**	**1.19 (0.40)**	**<0.001*** **
Αντιπαρκινσονικά (Ναι/όχι)	**18/3**	**11/16**	**0.004** **
Βενζοδιαζεπίνες (Ναι/όχι)	8/13	11/16	1
Αντικαταθλιπτικά (Ναι/όχι)	1/20	3/24	0.792
Αντισπασμωδικα (Ναι/όχι)	3/18	4/23	1
PANSS συνολική βαθμολογία	80.55 (19.33)	79.65 (24.12)	0.657
PANSS θετικά συμπτώματα	19.60 (8.29)	20.38 (6.68)	0.724
PANSS αρνητικά συμπτώματα	23.05 (7.24)	21.31 (10.31)	0.357
PANSS γενική ψυχοπαθολογία	37.90 (8.765)	36.27 (10.84)	0.312
Κλίμακα Calgary για την κατάθλιψη συνολική βαθμολογία	3.33 (3.66)	3.08 (4.33)	0.687
ESRS συνολική βαθμολογία	14.32 (13.69)	7.50 (9.60)	0.069
GAF	40.21 (14.81)	44.56 (16.54)	0.371
CGI	3.78 (1.21)	4.15 (1.32)	0.342

Πίνακας 4. Ασθενείς με Σχιζοφρένεια. Πολυφαρμακία και μονοθεραπεία.
MOT, Motor Control Task; PRM, pattern recognition memory; SRM, spatial recognition memory; SWM, spatial working memory, IEDSS, intra-extra dimensional set shifting; SoC, Stockings of Cambridge.*P < .05, **P < .01, ***P < .001.

Μεταβλητή	**Ομάδα Πολυφαρμακίας** Mean ± (SD) (n)	**Ομάδα Μονοθεραπείας** Mean ± (SD) (n)	**p value**
WAIS			
WAIS-III full scale IQ	80.07 (10.64) (15)	81.82 (18.76) (17)	0.744
WAIS-III verbal IQ	87.80 (12.01) (15)	89.83 (16.73) (18)	0.697
WAIS-III performance IQ	73.47 (8.97) (15)	76.71 (17.07) (17)	0.501
CANTAB tests			
Κινητικός Έλεγχος			
Μέσος λανθάνων χρόνος(ms)	1526.4 (514.40) (25)	1666.69 (730.25) (28)	0.817
Μνήμη			
Μνήμη αντικειμένων (pattern) (PRM-% correct)	73.83 (18.26) (25)	73.21 (14.18) (28)	0.648
Μνήμη στο χώρο (SRM-% correct)	63.4 (9.43) (25)	68.93 (10.74) (28)	0.059
Εκτελεστικές λειτουργίες			
Μνήμη εργασίας			
SWM-total between errors	58.86 (15.90) (22)	59.75 (22.59) (28)	0.877
SWM-4 box between errors	4.45 (3.77) (22)	5.19 (4.51) (27)	0.597
SWM-6 box between errors	18.55 (7.05) (22)	19.15 (9.13) (27)	0.615
SWM-8 box between errors	38.27 (8.50) (22)	34.59 (13.10) (27)	0.174
SWM- strategy score	38.73 (2.60) (22)	38.07 (4.69) (28)	0.984
Ευελιξία			
IEDSS Ολοκλήρωσαν/ δεν ολοκλήρωσαν	8/17	10/18	1
IEDSS ολικά λάθη διορθωμένα	71.68 (51.49) (25)	69.89 (54.56) (28)	0.611
IEDSS συμπληρωμένα στάδια δοκιμασίας	6.92 (2.48) (25)	6.93 (2.39) (28)	0.947
Προγραμματισμός			
SoC completers/non-completers	20/2	22/5	0.598
SoC initial thinking time msec	8388.70 (8607.65) (21)	9557.28 (12989.75) (25)	0.766
SoC subsequent thinking time (SD) msec	7560.33 (11255.28) (21)	3740.51 (4856.85) (25)	0.168
SoC επιτυχής επίλυση προβλήματος με ελάχιστες κινήσεις	5.77 (2.27) (22)	5.72 (1.81) (25)	0.930

λειτουργίες υποδηλώνει ότι διαφορετικοί μηχανισμοί είναι υπεύθυνοι για τα θετικά, αρνητικά συ. και την γνωστική έκπτωση.

Αυτό επιβεβαιώνεται και από το σταθερό εύρημα ότι οι μεταβολές στα συμπτώματα εμφανίζονται ανεξάρτητα από τις μεταβολές στις γνωστικές λειτουργίες.[14]

Τα αποτελέσματά μας είναι σε ασυμφωνία με αυτά άλλων μελετών. Διάφοροι παράγοντες όμως, ίσως να παίζουν ρόλο.

Οι ομάδες που συγκρίναμε δεν διέφεραν σημαντικά στα παραπάνω χαρακτηριστικά.

Η μόνη διαφορά ήταν η πιο συχνή χορήγηση αντιχολινεργικών στην ομάδα της υπερβολικής δοσολόγησης φαρμάκων, δεν επηρέασε όμως αρ-

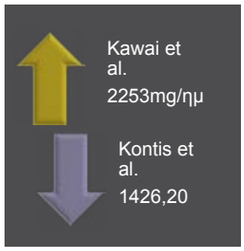
14 (Davidson et al., 2009; Goldberg and Green 2002; Goldberg et al 1993; Hagger et al., 1993).

Πίνακας 5. Γνωστική επίδοση ασθενών με Σχιζοφρένεια: Υπερβολική δόση έναντι κανονικής δόσης
MOT, Motor Control Task; PRM, pattern recognition memory; SRM, spatial recognition memory; SWM, spatial working memory; IEDSS, intra-extra dimensional set shifting; SoC, Stockings of Cambridge

Μεταβλητή	**Ομάδα υπερβολικής δόσης** Mean ± S.D. (n)	**Ομάδα συνιστώμενης δόσης** Mean ± S.D. (n)	**Τιμή p**
WAIS			
WAIS-III full scale IQ	82.92 (10.15) (12)	78.06 (14.67) (18)	0.351
WAIS-III verbal IQ	90.5 (12.13) (12)	86.94 (13.88) (18)	0.477
WAIS-III performance IQ	75.83 (7.94) (12)	73.39 (12.61) (18)	0.409
CANTAB tests			
Κινητικός έλεγχος. Μέσος λανθάνων χρόνος(ms) (n)	1443.78 (499.82) (21)	1779.36 (730.33) (28)	0.137
Μνήμη			
Μνήμη σχημάτων (PRM-% correct) (n)	73.21 (17.11) (21)	72.07 (15.58) (27)	0.580
Χωρική μνήμη (SRM-% correct) (n)	65.95 (9.57) (21)	67.04 (11.95) (27)	0.736
Εκτελεστική λειτουργία			
Μνήμη εργασίας			
SWM-total between errors	55.95 (17.92) (20)	63.08 (20.61) (26)	0.226
SWM-4 box between errors	3.15 (3.25) (20)	6.24 (4.26) (25)	0.016 *
SWM-6 box between errors	17.7 (7.38) (20)	20.64 (8.09) (25)	0.200
SWM-8 box between errors	35.10 (10.32) (20)	37.56 (12.74) (25)	0.488
SWM- strategy score	38.20 (3.71) (20)	38.54 (4.20) (26)	0.608
Ευελιξία			
IEDSS completers/non-completers	9/12	9/18	0.707
IEDSS total errors adjusted	51.86 (26.22) (21)	79.96 (62.34) (27)	0.170
IEDSS stages completed	7.76 (1.18) (21)	6.59 (2.86) (27)	0.315
Προγραμματισμός			
SoC completers/non-completers	19/0	19/7	0.041 *
SoC initial thinking time	8058.16 (8851.72) (19)	9980.19 (13397.69) (23)	0.528
SoC subsequent thinking time	6082.30 (7259.32) (19)	5480.36 (10115.14) (23)	0.272
SoC problems solved in minimum moves	5.84 (2.24) (19)	5.58 (1.84) (24)	0.680

νητικά τη γνωστική επίδοση

Επίσης διαφορές στη μεθοδολογία μπορεί να παίζουν ρόλο. Π.χ. η μέση δόση σε CPZeq στην ομάδα μας της υπερβολικής δόσης από αυτή στη μελέτη του Kawai et al.



Χαρακτηριστικά των ασθενών επίσης μπορεί να παίζουν ρόλο.

Στις μελέτες προσθήκης αντιψυχωτικού σε κλοζαπίνη οι ασθενείς ήταν ανθεκτικοί στην κλοζαπίνη. Εμείς δεν είχαμε τέτοιο κριτήριο.

Τέλος το ότι η δόση αντιψυχωτικού σχετίζεται με τη μνήμη εργασίας στο χώρο στις ομάδες που λαμβάνουν μόνο ένα αντιψυχωτικό ή φυσιολογική δόση αντιψυχωτικού, υποδηλώνει ότι υπό φυσιολογικές συνθήκες το αντιψυχωτικό μπορεί να ενισχύει τη γνωστική λειτουργικότητα. Σε μεγαλύτερη δόση ή αν γίνει συνδυασμός αντιψυχωτικών φαρμάκων η δράση αυτή αναιρείται.

Περιορισμοί της μελέτης μας

Διεξαγωγή ως επί το πλείστον σε χρόνιους ασθενείς.

Όχι ιδιαίτερα μεγάλο μέγεθος δείγματος (n=53) (πιθανότητα Type II statistical errors).

Μικρή περίοδος σταθεροποίησης αγωγής (1 μήνας) για έλεγχο γνωστικών λειτουργιών. Όμως πολλοί από τους ασθενείς των δομών ήταν σταθεροποιημένοι.

Οι δοκιμασίες που χρησιμοποιήσαμε ήταν μη λεκτικές.

ΕΛΛΗΝΟΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
HELLENIC AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOSIATION (HAPA)

Η Hellenic American Psychiatric Association (HAPA) ιδρύθηκε στις 15 Μαίου 1999 με σκοπό να αποτελέσει τον επαγγελματικό φορέα των Ελληνοαμερικανών Ψυχιάτρων στις ΗΠΑ και στην Ελληνική διασπορά. Η HAPA οργανώθηκε για εκπαιδευτικούς, επιστημονικούς και φιλανθρωπικούς σκοπούς, περιλαμβάνοντας τη διασύνδεση με τους Έλληνες Ψυχιάτρους και τη διεθνή προοπτική τους. Τα μέλη της HAPA απαρτίζονται από ψυχιάτρους και επαγγελματίες ψυχικής υγείας ελληνικής καταγωγής ή θαυμαστών των ελληνικών αξιών, μέλη της American Psychiatric Association, της American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας και άλλων οργανισμών ψυχικής υγείας. Η HAPA προσφέρει ένα δίκτυο στους ψυχιάτρους να ανταλλάξουν εμπειρίες, επιστημονικές γνώσεις, να προωθήσουν την επαγγελματική τους ανάπτυξη και να υποστηρίξουν τις ανάγκες ψυχικής υγείας των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων.

Η HAPA συμμετείχε από τις 8 έως τις 16 Σεπτεμβρίου 2018 στην 83η Διεθνή Έκθεση Θεσσαλονίκης. Τιμώμενη χώρα για το 2018 ήταν οι ΗΠΑ με το κεντρικό περίπτερο της Έκθεσης αφιερωμένο σε αυτή, όπου φιλοξενήθηκαν μερικές από τις μεγαλύτερες εταιρείες αμερικανικής προέλευσης παρουσιάζοντας την αμερικανική δημιουργικότητα σε όλους τους τομείς από την τεχνολογία και την υγεία έως την εκπαίδευση. Η HAPA σε συνεργασία με την APA η οποία προμήθευσε εκπαιδευτικό και πληροφοριακό υλικό για το κοινό, συμμετείχε στο αμερικανικό περίπτερο ενημερώνοντας τους επισκέπτες σχετικά με τις πρόσφατες και μελλοντικές εξελίξεις στην ψυχική υγεία, τη θεραπεία, την αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών, συμπεριλαμβανομένης της προσφυγικής κρίσης. Η HAPA εκπροσωπήθηκε στην δεξίωση της τελετής έναρξης που οργανώθηκε από την Πρεσβεία των ΗΠΑ και το Ελληνοαμερικανικό Εμπορικό Επιμελητήριο από τους Dr. Γεώργιο Πάγκαλο, Ψυχίατρο- Σεξολόγο, Γραμματέα της HAPA και Διεθνή Fellow της APA, Dr. Γεώργιο Καραμπουτάκη, Ψυχίατρο, Αντιπρόεδρο της HAPA και Dr. Απόστολο Τσιάμη, Ψυχίατρο, Σύμβουλο της HAPA. Ο αξιότιμος Υπουργός Εμπορίου των ΗΠΑ Wilbur Ross ήταν ο κύριος ομιλητής της εκδήλωσης μπροστά στην πλειονότητα της πολιτικής, επιχειρηματικής και στρατιωτικής ηγεσίας της Ελλάδας.

Κατά τη διάρκεια των εννέα ημερών της 83ης ΔΕΘ εκατοντάδες χιλιάδες επισκέφτηκαν την "Εκθεση και το αμερικανικό περίπτερο, όπου βρισκόταν και το κιόσκι της HAPA, εκδηλώνοντας εμφανή διάθεση να ρωτήσουν και να μάθουν, αυξάνοντας με αυτό τον τρόπο την ενημέρωση πάνω σε θέματα ψυχικής και σεξουαλικής υγείας. Η ιδρύτρια της HAPA και διακεκριμένη Fellow της APA Καθηγήτρια Maria Lymberis ήταν παρούσα ως γέφυρα ανάμεσα στην ελληνική με την αμερικανική κοινότητα επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Εξέχοντες επισκέπτες του αμερικανικού περιπτέρου ήταν η Υφυπουργός Εξωτερικών των ΗΠΑ κα. Marie Royce, ο Αμερικανός Πρέσβης στην Ελλάδα κ. Geoffrey Pyatt, οι Γερουσιαστές κ. Lou Raptakis και κ. Pappas Stefan καθώς και σύσσωμη η πολιτική ηγεσία της Ελλάδας όλων των πολιτικών παρατάξεων, όπως επίσης και άλλες προσωπικότητες από την Αμερικανική Πρεσβεία και το Προξενείο, την Ελληνική Αστυνομία, τη Φαρμακοβιομηχανία και τα Ελληνικά Πανεπιστήμια.

> *Κατά τη διάρκεια των εννέα ημερών της 83ης ΔΕΘ εκατοντάδες χιλιάδες επισκέφθηκαν την Έκθεση και το αμερικανικό περίπτερο, όπου βρισκόταν και το κιόσκι της HAPA, εκδηλώνοντας εμφανή διάθεση να ρωτήσουν και να μάθουν*

Με τη διαρκή εθελοντική προσπάθεια του διοικητικού συμβουλίου της HAPA (Καθηγητής Philip Candilis, Dr. Καραμπουτάκης και Dr. Πάγκαλος) η πλειονότητα των προαναφερόμενων επισκεπτών ενημερώθηκαν για τις δράσεις της HAPA, τις εκπαιδευτικές και επιστημονικές δραστηριότητες και συμφώνησαν για τη σημαντικότητα της ψυχικής υγείας για τον άνθρωπο ατομικά και συλλογικά. 'Ολοι εκδήλωσαν το έντονο ενδιαφέρον τους για τη HAPA και ευχήθηκαν την ανάμειξή της στα ελληνικά επιστημονικά δρώμενα. Το ΔΣ της HAPA ήρθε σε επαφή με ελληνικά διευθυντικά στελέχη Φαρμακευτικών Βιομηχανιών με σκοπό την μελλοντική εγκαθίδρυση επιστημονικών επιχορηγήσεων σε πρωτόκολλα διεθνούς ενδιαφέροντος, καθώς επίσης επικοινώνησε με μεγάλους εκπαιδευτικούς οργανισμούς όπως η AHEPA και το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, δημιουργώντας συνεργασίες που αποσκοπούν στην ενημέρωση του κοινού και την καταπολέμηση του στίγματος των ψυχικών παθήσεων. Παράλληλα, ενημερώθηκαν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας για τα πλεονεκτήματα της συμμετοχής τους ως μέλη της APA και της HAPA, ενθαρρύν-

1. Wilbur Ross. Υπουργός Εμπορίου ΗΠΑ
2. 1st International HAPA Conference
3. Dr. Γέωργιος Πάγκαλος, Ιδρύτρια HAPA & Διακεκριμένη Fellow της APA, Καθηγήτρια Maria Lymberis, Dr. Γεώργιος Καραμπουτάκης
4. Dr. Γέωργιος Πάγκαλος, Ψυχίατρος - Σεξολόγος, Γραμματέας HAPA και Διεθνής Fellow της APA
5. Dr. Γέωργιος Καραμπουτάκης, κ. Σίμος Αναστασόπουλος Πρόεδρος του Ελληνοαμερικάνικου Εμπορικού Επιμελητηρίου, Dr. Γέωργιος Πάγκαλος
6. ΔΣ HAPA_Dr. Γέωργιος Καραμπουτάκης, Καθηγητής Philip Candilis, Dr. Γέωργιος Πάγκαλος
7. 1st HAPA Conference Participants

θηκε το κοινό να προσφέρει δωρεές στο APA Foundation και πληροφορήθηκε για τη σημασία της εξέλιξης των επιστημονικών γνώσεων πάνω στις ψυχικές νόσους. Οι Dr. Καραμπουτάκης και Dr. Πάγκαλος έδωσαν στη λήξη της ΔΕΘ συνέντευξη για το Ελληνοαμερικανικό Επιμελητήριο και τους επιτυχείς σκοπούς της παρουσίας της HAPA στη ΔΕΘ.

Σε συνέχεια της 83ης ΔΕΘ πραγματοποιήθηκε στο Πολεμικό Μουσείο των Αθηνών στις 16 Σεπτεμβρίου 2018 η επιστημονική εκδήλωση με τίτλο First International HAPA Conference υπό την προεδρία των Dr Γεωργίου Πάγκαλου και Dr Απόστολου Τσιάμη. Την εκδήλωση χαιρέτισαν σημαίνοντες Ελληνικοί Επιστημονικοί Φορείς, όπως ο Αντιπρύτανης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Καθηγητής Μηνάς Πασχόπουλος, ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών Dr. Γιώργος Πατούλης και ο Πρόεδρος των Νέων Ψυχιάτρων Dr. Αχιλλέας Οικονόμου.

Ομιλητές της Ημερίδας ήταν καταξιωμένοι ελληνικής καταγωγής επιστήμονες από Πανεπιστήμια των ΗΠΑ και της Διασποράς με Θέμα τις "Διεθνείς Συνεργασίες με την Ελληνική Ψυχιατρική Κοινότητα". Συγκεκριμένα η Καθηγήτρια Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου UCLA της Καλιφόρνια Dr Maria Lymberis, σκιαγράφησε το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον της HAPA σε μια ιστορική αναδρομή παράλληλη με την εξέλιξη της σύγχρονης Ψυχιατρικής στις ΗΠΑ. Ο Καθηγητής Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου της Ουάσιγκτον Dr Philip Candilis, παρουσίασε τις επιστημονικές δράσεις της συνεργασίας Ελλήνων των ΗΠΑ και της διασποράς, ανακοινώνοντας για πρώτη φορά παγκοσμίως τα μελλοντικά επιστημονικά πρωτόκολλα σχετικά με τους μετανάστες έγκλειστους ελληνικών σωφρονιστικών ιδρυμάτων. Στη συνέχεια η Επίκουρος Καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Λευκωσίας Dr Άννα Πολυνίκη, Ψυχίατρος και Σύμβουλος της HAPA παρουσίασε την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Λευκωσίας προσθέτοντας την εμπειρία της Κύπρου στη σύγχρονη ψυχιατρική πραγματικότητα. Τις ομιλίες ολοκλήρωσε ο Dr Γεώργιος Καραμπουτάκης, επισφραγίζοντας την δυναμική παρουσία της HAPA στα διεθνή επιστημονικά δρώμενα. Η ημερίδα έκλεισε με την προβολή του ντοκιμαντέρ της Ψυχιατρικής Κοινότητας της Νότιας Καλιφόρνια: "The Art of Storytelling: The Human Experience of Being a Psychiatrist". Σε αυτό έξι Ψυχίατροι ακολουθούν την ιστορία δώδεκα άλλων Ψυχιάτρων. Οι συνεντεύξεις τους στηρίχτηκαν σε ερωτήσεις σχετικά με το ποια είναι η εμπειρία του να είσαι Ψυχίατρος, ποια είναι η προέλευση και η πορεία ενός Ψυχιάτρου και πως αντιλαμβάνεται ο κόσμος τους ειδικούς Ψυχικής Υγείας. Οι Ψυχίατροι όπως αναφέρθηκε στο ντοκιμαντέρ εργάζονται μόνοι τους σε ιδιωτικές αίθουσες, είναι οι θεματοφύλακες των μυστικών των ανθρώπων και ήσυχα ψηλαφούν περιοχές της ανθρώπινης ψυχής, στις οποίες ελάχιστοι έχουν τις δεξιότητες, ικανότητες ή τη θέληση να φτάσουν. 'Οχι απλά κρατούν τις αλήθειες των ασθενών τους, αλλά και τις αλήθειες της ίδιας τους της επιστήμης. Είναι λήπτες και αναμεταδότες ιστοριών. Και γι' αυτό το λόγο και οι μόνοι που θα μπορούσαν να παρουσιάσουν τη δική τους ιστορία. Το κοινό έδειξε μεγάλο ενθουσιασμό για το ντοκιμαντέρ δίνοντας τη σκυτάλη στο τέλος της Ημερίδας σε μια εποικοδομητική συζήτηση σχετικά με τις ανησυχίες για το μέλλον της Ελληνικής Ψυχιατρικής Κοινότητας και τη σημασία της τεχνογνωσίας που παρέχεται μέσω της American και της Hellenic American Psychiatric Association στην καθημερινή κλινική πρακτική των Ελλήνων Ψυχιάτρων.

Η φαρμακευτική πολιτική στα χρόνια του μνημονίου

Του **Μάρκου Ολλανδέζου,**
Επιστημονικού Διευθυντή της ΠΕΦ

Ο χώρος του φαρμάκου έχει δεχτεί τεράστιες αλλαγές τα τελευταία χρόνια μέσω ενός καταιγισμού μέτρων και ρυθμίσεων που είχαν σαν κυρίαρχο στόχο τον περιορισμό της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, έπειτα από τις υπερβολές της δεκαετίας 2000-2009.

Δυστυχώς, η μονομερής εστίαση στην επίτευξη των μνημονιακών δημοσιονομικών στόχων για τη φαρμακευτική δαπάνη, δεν έχει οδηγήσει στον τόσο αναγκαίο εξορθολογισμό της φαρμακευτικής αγοράς. Τα δε μέτρα φαρμακευτικής πολιτικής που έχουν μέχρι σήμερα ληφθεί είχαν συχνά αποσπασματικό χαρακτήρα ενώ ουδέποτε κατάφεραν να υπερβούν το όριο των συγκυριακών διευθετήσεων και να συγκροτήσουν μια συνολική φαρμακευτική πολιτική με εσωτερική συνοχή και συνέπεια.

Το αποτέλεσμα είναι σήμερα, έπειτα από μια οκταετία μνημονιακών «μεταρρυθμίσεων», η δημόσια εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη καθώς και η φαρμακευτική δαπάνη των νοσοκομείων, να συγκρατούνται τεχνητά μέσω ενός μίγματος μέτρων που συνδυάζει συνεχείς μειώσεων τιμών, υποχρεωτικές εκπτώσεις (rebate), επιστροφές τεράστιων ποσών από τη βιομηχανία στο κράτος (clawback), καθώς και αυξημένες συμμετοχές των ασθενών στο κόστος.

Εκτιμάται ότι οι συνολικές υποχρεωτικές εκπτώσεις και επιστροφές της φαρμακοβιομηχανίας το 2017 ανήλθαν σε 1,2 δισ. ευρώ, αυξημένες κατά 340% από το 2012 αναδεικνύοντας τα rebate και clawback, από έκτακτα δημοσιονομικά μέτρα με προκαθορισμένη χρονική διάρκεια σε δομικό πάγιο συστατικό της φαρμακευτικής πολιτικής. Αυτό άλλωστε υποδηλώνει και η πρόσφατη επέκταση της εφαρμογής τους τουλάχιστον μέχρι το 2022.

Ο καθορισμός των ορίων φαρμακευτικής δαπάνης σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα χωρίς αναφορά στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού, έχει οδηγήσει σήμερα το 1 στα 4 φάρμακα στην εξωνοσοκομειακή αγορά -και το 1 στα 3 στη νοσοκομειακή, να διατίθενται ουσιαστικά δωρεάν από τη βιομηχανία, μέσω των υποχρεωτικών επιστροφών.

Όσο δε η Πολιτεία αδυνατεί να ελέγξει το αυξανόμενο κόστος των νέων θεραπειών, αλλά και την συχνά αναίτια υποκατάσταση των οικονομικών δοκιμασμένων επιλογών από νεότερα ακριβότερα φάρμακα, το clawback θα εξακολουθεί να αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς, απειλώντας την βιωσιμότητα φαρμάκων, φαρμακευτικών επιχειρήσεων και εντέλει της ίδιας της φαρμακευτικής αγοράς.

Η εικόνα ολοκληρώνεται με τις δραματικές μειώσεις τιμών, που κατά κύριο λόγο εστιάζονται στα γενόσημα φάρμακα, παρά τη μικρή συμμετοχή τους στη διαμόρφωση της δαπάνης. Είναι χαρακτηριστικό ότι από το 2015 μέχρι σήμερα, μέσα από διαδοχικές εξαμηνιαίες ανατιμολογήσεις, οι τιμές των γενοσήμων μειώθηκαν κατά μέσο όρο κατά 37,6%. Στην ίδια περίοδο, τα φάρμακα εκτός πατέντου μειώθηκαν κατά 8,5%, τα εντός πατέντου κατά 3,2%, ενώ τα Φάρμακα Υψηλού Κόστους μειώθηκαν κατά μόλις 2,9%.

Η υπερβολική χρήση του εργαλείου της τιμολόγησης έχει δημιουργήσει σημαντικές στρεβλώσεις στη φαρμακευτική αγορά. Είναι χαρακτηριστικό ότι στο πρόσφατο Δελτίο Τιμών του Μαΐου, 207 φάρμακα έχουν τιμή παραγωγού -ex-factory- έως 1 ευρώ, ενώ 1.372 φάρμακα έχουν τιμή ex-factory έως 3 ευρώ. Σημειώνεται ότι οι τιμές αυτές μειώνονται περαιτέρω κατά 30-35% μέσω των rebate & clawback. Αντιλαμβάνεται κανείς ότι η βιωσιμότητα των φαρμακευτικών αυτών προϊόντων κρίνεται εξαιρετικά αμφίβολη.

Η νέα αυτή ανατιμολόγηση θα παράγει μια θεωρητική εξοικονόμηση της τάξης του 1,7%, ένα πραγματικά πενιχρό αποτέλεσμα, αφού οι μειώσεις για μια ακόμη φορά επικεντρώνονται στα γενόσημα και στα παλαιότερα καταξιωμένα φάρμακα, αφήνοντας πρακτικά στο απυρόβλητο τα νεότερα ακριβότερα. Στην πράξη όμως, η εξοικονόμηση αυτή, εξανεμίζεται γρήγορα υπό την επίδραση της υποκατάστασης. Η συνεχιζόμενη τιμολογιακή απαξίωση μιας σειράς παλαιότερων καταξιωμένων φαρμάκων, τα οδηγεί σε αναγκαστική διακοπή της κυκλοφορίας

τους, ενώ τη θέση τους παίρνουν τα νεότερα ακριβότερα με τελικό αποτέλεσμα την αύξηση της δαπάνης.

Τέλος, η αύξηση της μέσης συμμετοχής των ασθενών από 16% το 2012 σε ~23% το 2017, την ίδια περίοδο που και οι τιμές των φαρμάκων κατακρημνίζονται και τα εισοδήματα καταρρέουν, αποτελεί αδιάψευστο τεκμήριο της λανθασμένης κατεύθυνσης της φαρμακευτικής πολιτικής των Μνημονίων, που καταφέρνει το οξύμωρο από τη μια να ισοπεδώνει τις τιμές των φαρμάκων αλλά ταυτόχρονα να καθιστά ακριβότερη τη φαρμακευτική θεραπεία για τους ασθενείς.

Αξίζει να σημειωθεί ότι παρά τις βίαιες μειώσεις τιμών, ιδιαίτερα στα γενόσημα φάρμακα που αποτελούν βασικό αντικείμενο της δραστηριότητας των ελληνικών φαρμακοβιομηχανιών, η διείσδυση τους παραμένει καθηλωμένη σήμερα μόλις στο 23-24%, το χαμηλότερο ποσοστό στην Ευρώπη και πολύ μακριά από τον μνημονιακό στόχο του 40% σε όγκο.

Οι ατελέσφορες συνεχείς μειώσεις στα ελληνικά φάρμακα σε συνδυασμό με τις δυσβάστακτες υποχρεωτικές εκπτώσεις και επιστροφές, πλήττουν την εγχώρια φαρμακοπαραγωγική βάση και υποσκάπτουν τις σημαντικές αναπτυξιακές της προοπτικές ενός κατεξοχήν εξωστρεφούς κλάδου της εθνικής οικονομίας με στρατηγική σημασία, με μεγάλη προστιθέμενη αξία, με διεθνή αναγνώριση και σημαντική προσφορά σε επενδύσεις, απασχόληση, εξαγωγές, έρευνα, τεχνογνωσία και έσοδα για το Δημόσιο Ταμείο.

Τα παραπάνω καθιστούν σαφές ότι η βιωσιμότητα του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης απαιτεί την αναθεώρηση του πλαισίου της φαρμακευτικής πολιτικής σε νέες βάσεις, με έμφαση στον έλεγχο του όγκου, στον εξορθολογισμό της αποζημίωσης, στην παροχή κινήτρων σε επαγγελματίες υγείας και ασθενείς για την ελεύθερη συνειδητή προτίμηση των οικονομικότερων θεραπειών αλλά και με μέτρα για την αξιοποίηση των ευκαιριών και των δυνατοτήτων της ελληνικής παραγωγικής φαρμακοβιομηχανίας. Διότι η ελληνική φαρμακοβιομηχανία αποτελεί τον ασφαλή δρόμο οικονομικής ανάπτυξης και ανάκαμψης της εθνικής οικονομίας. ■

Δελτίο Τύπου

Η ELPEN βραβεύεται για τις θέσεις εργασίας και τη δυναμική επιχειρηματική της ανάπτυξη

Η Ελληνική Φαρμακοβιομηχανία ELPEN διακρίθηκε ως μια από τις δυναμικότερες ελληνικές επιχειρήσεις κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης «Diamonds of The Greek Economy 2018», που πραγματοποιήθηκε από την New Times Publishing την Τρίτη, 3 Ιουλίου 2018 σε κεντρικό ξενοδοχείο της Αθήνας υπό την αιγίδα του Συνδέσμου Ελληνικών Βιομηχανιών (ΣΕΒ).

Τη θέση της στο επίκεντρο της υγιούς επιχειρηματικότητας επιβεβαιώνει η ELPEN, εφαρμόζοντας μια δυναμική στρατηγική ανάπτυξης στη βάση της **έρευνας**, της **εξωστρέφειας** και της **ανταποδοτικότητας στην εθνική οικονομία**. Με επιχειρηματική δραστηριότητα που ξεπερνά τον μισό αιώνα, **μένει κι επιμένει Ελλάδα**, διασφαλίζοντας τη υγιή ανάπτυξή της και την προοπτική των εργαζομένων της.

Επενδύοντας **περισσότερο από το 8% του ετήσιου κύκλου εργασιών της σε ερευνητικά προγράμματα**, η ELPEN θέτει τις βάσεις για νέα και καινοτόμα φάρμακα που θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Παράλληλα, στηρίζει ενεργά την απασχόληση, συμβάλλοντας στον περιορισμό του δραματικού brain drain που επικρατεί στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια. Σημαντική είναι όμως και η εξαγωγική της δραστηριότητα με τα σκευάσματά της να ταξιδεύουν σε περισσότερες από **40 χώρες παγκοσμίως και 17 σε ευρωπαϊκή κλίμακα**, ενώ από το 2012 διατηρεί θυγατρική εταιρεία στη Γερμανία.

Η παραλαβή της σχετικής τιμητικής διάκρισης έγινε από τον **κ.Θεόδωρο Τρύφων**, Αντιπρόεδρο Δ.Σ της ELPEN και Πρόεδρο της Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοβιομηχανίας (Π.Ε.Φ.), ο οποίος στον σύντομο χαιρετισμό του τόνισε, πως *«Το συγκεκριμένο βραβείο αποτελεί ξεκάθαρα έναν φόρο τιμής στους εργαζόμενους της ELPEN, οι οποίοι έχουν καταφέρει να την κρατήσουν ψηλά όλα αυτά τα χρόνια σε ένα εξαιρετικά δύσκολο περιβάλλον. Η εταιρεία μας αντιστάθηκε σθεναρά στο ρεύμα των μαζικών απολύσεων που συνέβησαν τα τελευταία χρόνια στον φαρμακευτικό κλάδο με το προσωπικό του ομίλου να αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της κρίσης, ξεπερνώντας σήμερα τα 1.000 άτομα. Κινούμενη επίσης ενάντια στο κλίμα αποβιομηχάνισης που επικρατεί στη χώρα μας, η ELPEN συνεχίζει να επενδύει σε επιστημονικό δυναμικό υψηλής εξειδίκευσης, καθώς επίσης και στην έρευνα για καινοτόμες θεραπείες, την εξειδίκευση και την επέκταση σε αγορές του εξωτερικού.»* ■

«Έξυπνη» Ψυχική Υγεία! Ιατροί και Ασθενείς πιο «κοντά» από ποτέ!

Διαχείριση Ασθενών και Τηλε-Συνεδρίες μέσω Έξυπνων Mobile Συσκευών με τη δύναμη της Vida24

Τα οφέλη από τη αξιοποίηση E-Health λύσεων στο χώρο της Ψυχικής Υγείας, τώρα και στον Ελλαδικό χώρο, παρουσιάστηκαν από τη VIDAVO στο πλαίσιο του 5ου Πανελλήνιου Διεπιστημονικού Ιατρικού Συνεδρίου με τίτλο «Καινοτόμες Λύσεις και Ολοκληρωμένη Αντιμετώπιση». Το συνέδριο πραγματοποιήθηκε μεταξύ 21 και 24 Ιουνίου στην Καλαμάτα και διοργανώθηκε από την **Εταιρία Νευροεπιστήμης και Ψυχικής Υγείας Obrela**

Η VIDAVO μέσω της εκπροσώπου της, υπεύθυνης Έργων, Ειρήνης Πατσιούρα, παρουσίασε και ανέλυσε το πώς, ανθρωποκεντρικά, η σύγχρονη τεχνολογία κάνει δυνατή τη σημαντική βελτίωση στην πρόληψη-αποτελεσματική παρακολούθηση και ουσιαστική φροντίδα ψυχιατρικών περιστατικών αναβαθμίζοντας παράλληλα, το ρόλο και τις υπηρεσίες του ειδικού ιατρού ψυχικής υγείας.

Η αναφορά περιελάμβανε την παρουσίαση της επιστημονικά τεκμηριωμένης, πιστοποιημένης και βραβευμένης ελληνικής Τηλεματικής Πλατφόρμας Διασύνδεσης Ιατρού με Ασθενή που φέρει την εμπορική ονομασία **Vida24. Η πλατφόρμα επικοινωνίας Vida24 μέσω της ειδικής εφαρμογής VidaΨ 'εισάγει' τις εξειδικευμένες Υπηρεσίες Τηλεψυχιατρικής** και υποστηρίζει με

Ασφάλεια και Αξιοπιστία τη Διαχείριση Ιατρικού Ψυχιατρικού Φακέλου Υγείας, Τηλε-Συνεδρίες με Βιντεοκλήση με Αδιάλειπτη Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες 24 ώρες/7ημέρες μέσω Health Cloud για την ουσιαστική επικοινωνία ιατρού-ασθενούς.

Η **εφαρμογή VidaΨ** της **αναγνωρισμένης και βραβευμένης πλατφόρμας επικοινωνίας Vida24**, απευθύνεται στους ιατρούς του χώρου που θέλουν, κατ αρχήν, να διασφαλιστούν στο πλαίσιο της οριστικής εφαρμογής του πρόσφατου πολύ αυστηρού Ευρωπαϊκού Νομοθετικού Πλαισίου για τη Διαφύλαξη Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και Ευαίσθητων Προσωπικών Δεδομένων (GDPR). Η ουσία βέβαια, πέραν της προφανούς και απαραίτητης διασφάλισης του κάθε ιατρού απέναντι στον GDPR, παραμένει **ο απόλυτος έλεγχος, η οργάνωση και ασφαλής διαχείριση του σύγχρονου περιβάλλοντος του 'ψηφιακού' πλέον ιατρείου, παρέχοντας εύκολα, ευέλικτα και αδιάλειπτα τις υπηρεσίες τους χωρίς κανένα γεωγραφικό περιορισμό.**

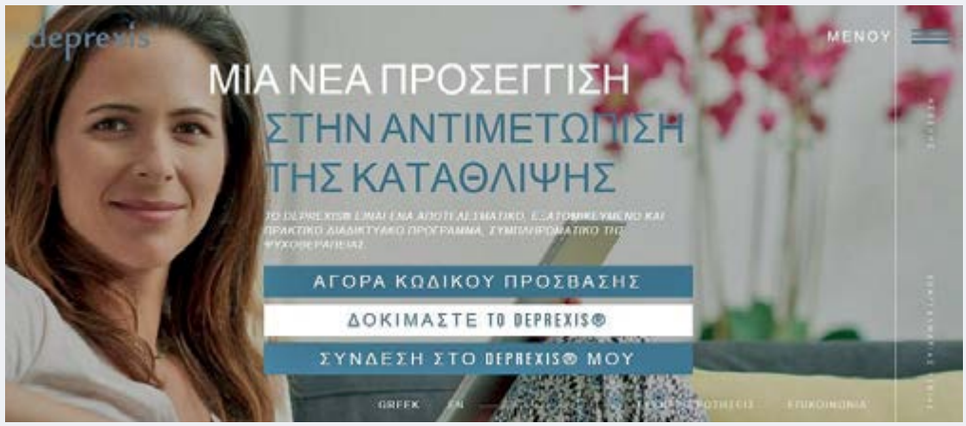
Η διαμόρφωση της Ψηφιακής Κλινικής καθώς η Εκπαίδευση στα χαρακτηριστικά τόσο της πλατφόρμας Vida24 όσο και της εφαρμογής **VidaΨ** προς τους ιατρούς, παρέχεται από τη VIDAVO.

Οι ενδιαφερόμενοι γιατροί μπορούν να επικοινωνούν για περισσότερες πληροφορίες στα τηλέφωνα **2310 474439, 6956 202087** ή στέλνοντας μήνυμα στο networking@vidavo.eu

vidavo
HEALTH TELEMATICS

Η πρώτη διαδικτυακή πλατφόρμα για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης

Ένα καινοτόμο «εργαλείο» για την εξατομικευμένη αντιμετώπιση της κατάθλιψης, από την οποία εκτιμάται ότι πάσχει ένα ιδιαίτερα ανησυχητικό ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού, είναι πλέον διαθέσιμο στην εγχώρια αγορά. Ο λόγος για την ψηφιακή θεραπευτική μέθοδο deprexis®.



Η ψηφιακή αυτή πλατφόρμα βασίζεται σε ένα λογισμικό τεχνητής νοημοσύνης που αλληλεπιδρά με φιλικό τρόπο με τον ασθενή και προσαρμόζεται στις ανάγκες του, στη βάση των απαντήσεων που ο ίδιος δίνει σε μια σειρά ερωτήσεων που θέτει το πρόγραμμα. Με αυτό τον τρόπο, ο χρήστης (ασθενής) παραμένει αφοσιωμένος στη θεραπεία του.

«Η ψηφιακή θεραπεία **deprexis** μπορεί να λειτουργήσει ως συμπληρωματική θεραπεία για τους ασθενείς που παίρνουν φαρμακευτική αγωγή ή ακολουθούν ψυχοθεραπεία, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να αποτελέσει μια ωφέλιμη λύση για τους ασθενείς που δεν έχουν πρόσβαση σε κάποιον γιατρό» εξηγεί ο Γενικός Διευθυντής της **Servier Hellas Frédéric Fouilloux**.

Η εφαρμογή, μέσα από 10 ενότητες (π.χ. αποδοχή, επίλυση των προβλημάτων, ενσυνειδητότητα) παρέχει στον ασθενή επεξήγηση και παραδείγματα με τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη γνωστική συμπεριφορική

θεραπεία, δίνοντάς του τη δυνατότητα να κάνει πρακτική εξάσκηση και να καταφέρει έτσι να μειώσει δραστικά τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

Στην Ελλάδα, το ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη φτάνει το 8,2% του πληθυσμού, ενώ παγκοσμίως περίπου 350 εκατομμύρια ανθρώπους υποφέρουν από τη νόσο.

«Αν και η κατάθλιψη θεωρείται μια ευρέως διαδεδομένη νόσος ένα μεγάλο μέρος των ασθενών δεν λαμβάνει επαρκή θεραπεία για πολλούς λόγους, όπως είναι ο στιγματισμός ή τα κοινωνικά ταμπού» αναφέρει ο **Frédéric Fouilloux**.

12 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες στις οποίες συμμετείχαν περισσότεροι από 7.000 ασθενείς έχουν καταδείξει την αποτελεσματικότητα της ψηφιακής θεραπείας **deprexis®** στη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, ενώ παράλληλα, η ψηφιακή αυτή θεραπεία έχει αξιολογηθεί από παγκοσμίως αναγνωρισμένους ειδικούς στον τομέα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας.

Το προϊόν έχει δημιουργηθεί από την GAIA, πρωτοπόρο παγκοσμίως στον τομέα παροχών ψηφιακών λύσεων στην υγεία και είναι προσβάσιμο από desktop, κινητά και tablet.

Στην Ελλάδα διατίθεται από τη **Servier**, μια γαλλική φαρμακευτική εταιρεία, η οποία με τον τρόπο αυτό ενισχύει το υπάρχον «χαρτοφυλάκιό» της.

ΕΙΔΗΣΕΙΣ *από την Ένωσή μας*

Αρχαιρεσίες της Ένωσης Επαγγελματιών Ψυχιάτρων Ελλάδος

Μετά από τις πρόσφατες αρχαιρεσίες της Ένωσής μας, το Διοικητικό Συμβούλιο, το Πειθαρχικό Συμβούλιο καθώς και η Ελεγκτική Επιτροπή διαμορφώνονται ως εξής:

ΔΣ ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Οικονόμου Αχιλλέας	(Πρόεδρος)
Κλείσας Σπυρίδων	(Αντιπρόεδρος)
Παπακωνσταντίνου Αναστάσιος Κ.	(Γεν. Γραμματέας)
Γκίκας Πασχάλης	(Ταμίας)
Πάγκαλος Γεώργιος	(Ειδ. Γραμματέας)
Καρζής Αντώνιος	(Μέλος)
Μπάρας Σπυρίδων	(Μέλος)
Καλοδίκη Βιργινία	(Μέλος)
Δημητριάδης Γεώργιος	(Μέλος)

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Καραμπουτάκης Γεώργιος
Καραΐσκος Δημήτριος
Χιώτης Ιωάννης
Παπαλιάγκα Μαρία
Ράντης Κωνσταντίνος

ΕΛΕΓΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Απατάγγελος Δημήτριος
Καλημέρης Σπυρίδων
Νικολάου Καλλιόπη

ΣΥΝΕΔΡΙΑ

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS EATING DISORDERS FACULTY CONFERENCE 2018
November 2, 2018
London, United Kingdom
www.rcpsych.ac.uk

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS PERINATAL FACULTY ANNUAL CONFERENCE 2018
November 13, 2018
London, United Kingdom
www.rcpsych.ac.uk

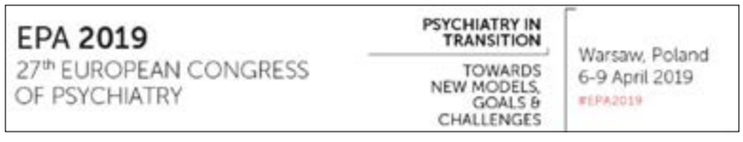
ΗΜΕΡΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018
23-24 Νοεμβρίου 2018
Αίθουσα Παλιάς Φιλοσοφικής Σχολής, ΑΠΘ
www.globalevents.gr

ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΨΥΧΟΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
15-16 Φεβρουαρίου 2019
Αμφιθέατρο Ιδρύματος Ευγενίδου
www.psychodermatology.gr

MAYO CLINIC PSYCHIATRY CLINICAL UPDATES 2019
February 26 - March 1, 2019
Hawaii, United States
ce.mayo.edu

8th WORLD CONGRESS ON WOMEN'S MENTAL HEALTH 2019
March 5-8, 2019
Paris, France
iawmh.org

DRUGS FOR MEDICAL CONDITIONS: THE ANNUAL PRACTICAL UPDATE FOR THE PSYCHIATRIST 2019
March 7, 2019
London, United Kingdom
www.infomedltd.co.uk

14th LONDON INTERNATIONAL EATING DISORDERS CONFERENCE 2019
March 20-22, 2019
London, United Kingdom
www.eatingdisordersconference.com

27th EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY 2019
April 6-9, 2019
Warsaw, Poland
epa-congress.org