ΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Ψυχιατρικό Βήμα

www.psychiatrists.gr

ΤΕΥΧΟΣ 3
ΕΠΙΤΟΜΟ ΤΕΥΧΟΣ 2021

ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΔΟΣΗ

EDITORIAL
ΣΕΛ. 3

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΝΕΨΕ ΣΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟ 2021
ΣΕΛ. 4

TMS: ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΚΑΙ OFFLABEL ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ
ΣΕΛ. 6

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ: Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΩΝ ΝΟΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΩΝ - ΚΑΙ ΟΧΙ ΨΥΧΙΚΩΝ- ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ
ΣΕΛ. 13

ΓΡΑΜΜΑ ΣΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΣΕΛ. 18

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
ΣΕΛ. 26

3ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

Η Ψυχική Υγεία σε ένα Μεταβαλλόμενο Περιβάλλον

Προκλήσεις
Δράσεις
Προοπτικές

17 - 19 Δεκεμβρίου 2021
Web Scientific Event

PiM_insert_1_2019

Progress in Mind Resource Center (RC) Greece: Το Ελληνικό Κέντρο Επιστημονικής Ενημέρωσης για τον Ψυχίατρο και τον Νευρολόγο

Στο πλαίσιο της συνεχούς επιστημονικής ενημέρωσης των Επαγγελματιών Υγείας, η Lundbeck Hellas σε συνεργασία με την Μητρική Εταιρεία δημιούργησε το Progress in Mind RC Greece, ένα κέντρο πληροφοριών με θεματολογία που αφορά τα Ψυχιατρικά και Νευρολογικά νοσήματα.

Είναι ένας δυναμικός ιστότοπος που δημιουργήθηκε από μια αφοσιωμένη ομάδα συγγραφέων που ανήκει στον χώρο της υγείας, με στόχο την εκπαίδευση.
Η πλατφόρμα αυτή περιλαμβάνει συνεντεύξεις, βίντεο και διαδικτυακά σεμινάρια από ειδικούς στον χώρο της Ψυχιατρικής και Νευρολογίας καθώς επίσης και πρόσφατες αναφορές από Ελληνικά και Διεθνή συνέδρια.

Στην ιστοσελίδα διατίθεται επίσης αποκλειστικό υλικό από το Ινστιτούτο της Lundbeck, συμπεριλαμβανομένων εικόνων και διαφανειών για δική σας χρήση.

Με την συνεχή ανανέωση του ιστότοπου, επιδιώκουμε το Progress in Mind RC Greece να αποτελέσει πηγή ενημέρωσης για τον πολυάσχολο ιατρό.

Επισκεφτείτε το Progress in Mind RC Greece στη διεύθυνση:
https://greece.progress.im

PROGRESS IN MIND | Greece Psychiatry & Neurology Resource Center

Lundbeck

ΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Ψυχιατρικό Βήμα

Τεύχος **3** - Επίτομο τεύχος 2021

Ετήσια έκδοση της

ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

HELLENIC ASSOSIATION OF PROFESSIONAL PSYCHIATRICS

ΔΣ ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

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

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ:

Καραμπουτάκης Γεώργιος
Καραΐσκος Δημήτριος
Χιώτης Ιωάννης
Παπαλιάγκα Μαρία
Ράντης Κωνσταντίνος

ΕΛΕΓΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Απατάγγελος Δημήτριος
Καλημέρης Σπυρίδων
Νικολάου Καλλιόπη

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

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

Πανδημία και ψυχιατρική

Η πανδημία που τα τελευταία δυο χρόνια ταλαιπωρεί ανθρώπους, συστήματα υγείας, χώρες και εν κατακλείδι ολόκληρη την υφήλιο δημιούργησε, εκτός των άλλων, πολλές νέες προκλήσεις στο πεδίο της ιατρικής. Δεν θα ήταν υπερβολή να αναφέρουμε ότι η ψυχιατρική ανταποκρίθηκε με τρόπο άμεσο και αναμφίβολα ωφέλιμο κοινωνικά. Από τις πρώτες στιγμές της καραντίνας, πολλοί φορείς, εταιρείες (η ΕΝΕΨΕ σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων) και εκπαιδευτικά ιδρύματα έτρεξαν πλήθος μελετών, που οδήγησαν σε χρήσιμα συμπεράσματα, απαντώντας σε επίκαιρα ερωτήματα που θέτουν συνεχώς οι πολίτες: ποια είναι η επίδραση της πανδημίας στην ψυχική υγεία των πολιτών; ποιες κατηγορίες ανθρώπων έχουν επηρεαστεί περισσότερο; ποιες ψυχικές διαταραχές εμφάνισαν αύξηση; με ποιο τρόπο μπορούμε να βοηθήσουμε τους ευάλωτους συνανθρώπους μας; ποια εργαλεία μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε στο επίπεδο της πρόληψης σε ανάλογες καταστάσεις;

Ο ρόλος των ψυχιάτρων σε καταστάσεις όπως αυτή που βιώνουμε είναι κεντρικός. Η νέα γνώση που προκύπτει αποτελεί εργαλείο για την πρόληψη, την αντιμετώπιση της αύξησης των ψυχικών διαταραχών, αλλά και για την εκπαίδευση τόσο των συναδέλφων της πρωτοβάθμιας φροντίδας, όσο και των πολιτών γενικότερα. Σε σχέση με τον SARS-CoV-2, έχει αποδειχθεί ότι σε αρκετές περιπτώσεις η επίπτωσή του στην ψυχική υγεία αποτελεί αυτόνομο σύμπτωμά του. Οι ψυχικές επιπτώσεις των καταστάσεων εγκλεισμού, της νόσησης, αλλά και του γενικότερου φόβου για έναν επικίνδυνο και αόρατο εχθρό είναι γνωστές και σε μεγάλο βαθμό μελετημένες. Κοιτώντας το μέλλον, ένα ασφαλές συμπέρασμα που αναντίρρητα προκύπτει είναι πως αν δεν υπάρξει στήριξη των συστημάτων υγείας με στόχευση την ψυχική υγεία, το τέλος της πανδημίας που όλοι ευχόμαστε να έρθει άμεσα, θα ακολουθηθεί από μια νέα πανδημία ψυχικών διαταραχών. Η Ένωση Επαγγελματιών Ψυχιάτρων Ελλάδας, στη διάρκεια της καραντίνας με την διοργάνωση δωρεάν σεμιναρίων για τους εργαζόμενους στην ψυχική υγεία προσπάθησε να λειτουργήσει ενισχυτικά ως προς τις παραπάνω κατευθύνσεις. Το 3ο Πανελλήνιο Συνέδριό μας με τίτλο «Η Ψυχική Υγεία σε ένα Μεταβαλλόμενο Περιβάλλον: Προκλήσεις-Δράσεις-Προοπτικές» έχει ακριβώς αυτή τη στόχευση και με χαρά σας καλούμε να παρακολουθήσετε τις εργασίες του.

Αχιλλέας Οικονόμου

Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής MSc
Πρόεδρος Ένωσης Επαγγελματιών Ψυχιάτρων Ελλάδας

ΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

www.psychiatrists.gr

ΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ
HELLENIC ASSOCIATION OF PROFESSIONAL PSYCHIATRISTS

Παρεμβάσεις της ΕΝΕΨΕ στο Υπουργείο Υγείας το 2021

Αθήνα, 22.03.2021
Αρ. πρωτ.: 2/2021

Προς: **Υφυπουργό Υγείας, Κυρία Ζωή Ράπτη**

Κοινοποίηση: **Αναπληρωτή Υπουργό Υγείας κ. Βασίλειο Κοντοζαμάνη**

Θέμα: **Αποζημίωση μη επεμβατικών και εγκεκριμένων μεθόδων θεραπείας, μέσω ιατροτεχνολογικών μηχανημάτων (medical devices)**

Αξιότιμοι κυρίες / κύριοι,

Με την παρούσα επιστολή θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε για την έλλειψη των νεότερων ιατροτεχνολογικών μηχανημάτων στους αλγορίθμους των πρωτοκόλλων θεραπείας των ψυχικών παθήσεων. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν θεραπείες εγκεκριμένες από τον EMA και τον FDA για την αντιμετώπιση διαφόρων ψυχικών παθήσεων όπως η ανθεκτική κατάθλιψη, η ανθεκτική ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή καθώς και η διακοπή καπνίσματος οι οποίες μπορούν να παρουσιάσουν ύφεση με τη χρήση του διακρανιακού μαγνητικού ερεθισμού (TMS) καθώς και με τη χρήση του διακρανιακού ηλεκτρικού ερεθισμού(tDCS). Οι δυο αυτές θεραπείες κατατάσσονται στις Μη Επεμβατικές Τεχνικές Διέγερσης του εγκεφάλου και παρουσιάζουν σημαντικά οφέλη τα οποία είναι τα παρακάτω:

- είναι ασφαλείς
- δεν εμφανίζουν ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ενδεχομένως οι φαρμακευτικές αγωγές
- είναι αποτελεσματικές στις ανθεκτικές μορφές νόσου και σε παθήσεις που μέχρι σήμερα τα φάρμακα είχαν πολύ πτωχό αποτέλεσμα
- υπάρχει η δυνατότητα ταυτόχρονης εφαρμογής με τις υπόλοιπες μεθόδους, για ενίσχυση του θεραπευτικού αποτελέσματος
- εμφανίζουν σε ορισμένες περιπτώσεις εξαιρετικά γρήγορο θεραπευτικό αποτέλεσμα σε σχέση με άλλες θεραπευτικές μεθόδους, όπως φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία
- παρατηρούνται ελάχιστες συστημικές επιδράσεις
- δεν υπάρχουν αρνητικές επιπτώσεις στη γνωστική λειτουργία ή στη μνήμη
- προσφέρονται σε επίπεδο ιατρείου και δεν απαιτούν νοσηλεία

Επίσης ένα άλλο πλεονέκτημα είναι το κόστος, καθώς οι αλγόριθμοι στο εξωτερικό τοποθετούν το TMS στην ίδια βαθμίδα με την εισπνεόμενη κεταμίνη, η οποία έχει ήδη πάρει μια αρχική τιμή κυκλοφορίας και στην Ελλάδα, με ένα κόστος για τη συνολική θεραπεία να φαίνεται να είναι σημαντικά υψηλό.

Θεωρούμε σημαντική την εισαγωγή των πιο πάνω θεραπειών στους θεραπευτικούς αλγορίθμους και κατ' επέκταση την τιμολόγηση για να αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ. Κάτι τέτοιο θα προσέφερε μια επιπλέον θεραπευτική επιλογή στη φαρέτρα των Ελλήνων ψυχιάτρων, με την οποία θα μπορούν να βοηθήσουν ασθενείς, οι οποίοι δεν έχουν δει βελτίωση με τις διαθέσιμες έως τώρα θεραπείες.

Ο Γενικός Γραμματέας ΔΣ

Αναστάσιος Κ. Παπακωνσταντίνου

Ο Πρόεδρος ΔΣ

Αχιλλέας Οικονόμου

ΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ
HELLENIC ASSOCIATION OF PROFESSIONAL PSYCHIATRISTS

Παρεμβάσεις της ΕΝΕΨΕ στο Υπουργείο Υγείας το 2021

Αθήνα, 22.03.2021
Αρ. πρωτ.: 3/2021

Προς: **Υπουργό Υποδομών και Μεταφορών,** Κύριο **Κώστα Αχ. Καραμανλή**
Γενικό Γραμματέα Μεταφορών, Κύριο **Ιωάννη Ξιφάρα**
Αναστάσεως 2 & Τσιγάντε, ΤΚ 15669, Παπάγου

Κοινοποίηση: **Υφυπουργό Υγείας,** Κυρία **Ζωή Ράπτη,**
Αριστοτέλους 17, Τ.Κ. 10187, Αθήνα

Θέμα: **Λήψη και ανανέωση διπλώματος οδήγησης**

Αξιότιμε Κύριε Υπουργέ,

Με την παρούσα επιστολή θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε για σημαντικά προβλήματα που αναδεικνύονται στο πλαίσιο της ψυχιατρικής εκτίμησης για τη λήψη ή την ανανέωση διπλωμάτων οδήγησης ιδιωτικής και δημόσιας χρήσης επιβατικών οχημάτων, με βάση το νόμο 4413/08-08-2016 και τις τροποποιήσεις αυτού.

Θεωρούμε εξαιρετικά χρήσιμο να σας επισημάνουμε τις ακόλουθες διαπιστώσεις, με αφορμή και τους προβληματισμούς, που μας κοινοποιούν πολλά από τα μέλη μας σχετικά με τις διαδικασίες αυτές, καθώς πολλοί είναι συμβεβλημένοι με το Υπουργείο Υποδομών και εξετάζουν επαγγελματίες και ιδιώτες οδηγούς.

1. Ο συγκεκριμένος νόμος κρίνει τον εξεταζόμενο βάσει διάγνωσης και όχι βάσει της εξατομικευμένης ικανότητάς του για οδήγηση.
2. Ομογενοποιεί όλες τις ψυχιατρικές διαγνώσεις σε μια κατηγορία, χωρίς να αναγνωρίζει επίπεδα βαρύτητας.
3. Στιγματίζει την ψυχική νόσο και τον ψυχικά πάσχοντα, θέτει απαγορευτικούς χρονικούς περιορισμούς, που ελάχιστη σχέση έχουν με τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα της σύγχρονης ψυχιατρικής, δυσχεραίνοντας ή και αποκλείοντας - αδίκως κατά την άποψή μας - τελικά μεγάλο μέρος των εξεταζομένων οδηγών. Ένα απλό παράδειγμα είναι ότι σύμφωνα με το νόμο, σε περίπτωση αγχώδους διαταραχής ΕΠΙΤΡΕΠΕΤΑΙ η χορήγηση άδειας οδήγησης, εάν η διαταραχή έχει αποδράμει από 5ετίας και ΔΕΝ ΛΑΜΒΑΝΕΙ φαρμακευτική αγωγή. Αν ερμηνευτεί κατά γράμμα η λήψη ενός αντικαταθλιπτικού θα μπορούσε να οδηγήσει σε απώλεια της άδειας οδήγησης).
4. Αγνοεί το γεγονός ότι υπάρχουν πολλές φαρμακευτικές ψυχιατρικές θεραπείες για ήπιες ψυχιατρικές διαταραχές, οι οποίες δεν προκαλούν καταστολή, ούτε επηρεάζουν τις ανώτερες λειτουργίες ή την ικανότητα οδήγησης (σε αυτές περιλαμβάνονται για παράδειγμα οι αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, που αποτελούν και την πλειονότητα των θεραπειών).
5. Οι διαδικασίες οφείλουν να προστατεύουν τα προσωπικά δεδομένα των εξεταζόμενων πολιτών, σύμφωνα με το GDPR και θεωρούμε απαραίτητη την ηλεκτρονική διασύνδεση των υπηρεσιών.
6. Ο παραπάνω νόμος είναι κατά τη γνώμη μας ξεπερασμένος, αναχρονιστικός και χρήζει ανανέωσης.

Η Ένωση Επαγγελματιών Ψυχιάτρων Ελλάδας βρίσκεται στη διάθεσή σας, με διάθεση για εκ του σύνεγγυς συνεργασίας για τον από κοινού εξορθολογισμό και εκσυγχρονισμό του παρόντος νομικού πλαισίου, προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη δικαιότερη αντιμετώπιση των εξεταζόμενων και την εναρμόνιση του με αντίστοιχα πλαίσια άλλων χωρών.

Ο Γενικός Γραμματέας ΔΣ

Αναστάσιος Κ. Παπακωνσταντίνου

Ο Πρόεδρος ΔΣ

Αχιλλέας Οικονόμου

TMS: Εγκεκριμένες και offlabel θεραπείες

Ο Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός (TranscranialMagneticStimulation, TMS) είναι μια μη επεμβατική, ανώδυνη τεχνική κατά την οποία ασκείται επίδραση στην ηλεκτρική εγκεφαλική δραστηριότητα μέσω ενός παλμικού μαγνητικού πεδίου.

Πασχάλης Γκίκας
Ψυχίατρος - Ψυχοθεραπευτής
Medical Director Smart CNS Center

Ο Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός (TranscranialMagneticStimulation, TMS) είναι μια μη επεμβατική, ανώδυνη τεχνική κατά την οποία ασκείται επίδραση στην ηλεκτρική εγκεφαλική δραστηριότητα μέσω ενός παλμικού μαγνητικού πεδίου.

Η εφαρμογή του σε ένα εγκεφαλικό ¨κύκλωμα¨ έχει διεγερτικό αποτέλεσμα (όταν είναι υψηλής συχνότητας και προκαλεί εκπόλωση των νευρώνων) ή κατασταλτικό αποτέλεσμα (όταν είναι χαμηλής συχνότητας και προκαλεί υπερπόλωση των νευρώνων).

Ως θεραπευτική μέθοδος, το TMS έχει λάβει κάποιες επίσημες εγκρίσεις, τόσο από τον FDA, όσο και από την Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων. Πιο συγκεκριμένα:

ΕΥΡΩΠΗ:
- Για τη θεραπεία της ανθεκτικής στην αντικαταθλιπτική αγωγή μείζονος κατάθλιψης, με επιπλέον όφελος σε ασθενείς με συμπτώματα συνυπάρχουσας αγχώδους διαταραχής.(2021)
- Για add on θεραπεία σε ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.(2021)
- Για διάγνωση και παρακολούθηση ασθενών με νόσους του κεντρικού και του περιφερικού νευρικού συστήματος.
- Για τη θεραπεία του εθισμού σε ψυχοδραστικές ουσίες.(2021)

ΑΜΕΡΙΚΗ:
- Για τη θεραπεία της ανθεκτικής στην αντικαταθλιπτική αγωγή μείζονος κατάθλιψης (2008).
- Για add on θεραπεία σε ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (2018).
- Για τη διέγερση περιφερικών νεύρων για διαγνωστικούς λόγους.
- Για την διακοπή του καπνίσματος στους ενήλικες (2020)
- Εκτός αυτών, όμως, υπάρχει πλήθος μελετών και κλινική εμπειρία με την εφαρμογή του σε διάφορες άλλες ψυχικές νόσους.

Ας δούμε λίγο πιο αναλυτικά τι συμβαίνει σε κάθε πάθηση.

ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ
FDAapproved πρωτόκολλο
Διάρκειας **19** (2016) ή **37 λεπτών** rTMS (2008)
10 Hz rTMS στον αριστερό DLPFC
120% ουδού διέγερσης του κινητικού φλοιού
6 εβδομάδες θεραπείας, 5 φορές την εβδομάδα, 30 συνεδρίες
Υπάρχει και ένα εγκεκριμένο -μέσω μελέτης noninferiority με αυτό των 19 λεπτών- διάρκειας 3 λεπτών με άλλα χαρακτηριστικά παλμού (thetaburst): TBS διάρκειας **3 λεπτών** (2018) ανά συνεδρία ,5 ημέρες την εβδομάδα, 6 εβδομάδες θεραπείας
Τέλος, το rTMS έχει λάβει έγκριση και στην **κατάθλιψη με αγχώδη συμπτωματολογία** (2021).

ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ
2018: Ο FDA εγκρίνει την ενισχυτική θεραπεία του rTMS για την OCD
2021: Η θεραπεία λαμβάνει έγκριση και στην Ευρώπη ΟιCarmietal 2018 εφάρμοσαν θεραπείαTMS σε 99 ασθενείς με ανθεκτική στη φαρμακευτική αγωγή OCD με 45% ανταπόκριση στη θεραπεία έναντι 18% της εικονικής.
Χρησιμοποιήθηκε πηνίο βαθύτερης διείσδυσης(πχ ως το μεταιχμιακό σύστημα) με διέγερση μεγαλύτερης έκτασης εις βάρος της μικρότερης εστίασης και της μεγαλύτερης συχνότητας (18Hz).
Θέση εφαρμογής: μέσο προμετωπιαίο φλοιό και στην πρόσθιαμοίρατης έλικαστου προσαγωγίου

(MPFC και ACC).
Μετα-ανάλυση των Pereraetal 2021 για OCD: 26 μελέτες με συνολικά 781 συμμετέχοντες έδειξε την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής rTMS σε L, R, B/L DLPFC & SMA (συμπληρωματική κινητική περιοχή) με σημαντική επικράτηση αμφοτερόπλευρα στο ραχιοπλάγιο προμετωπιαίο φλοιό (DLPFC).

ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΕ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ/ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Το 2021 λαμβάνει έγκριση στην Ευρώπη για τον εθισμό σε ψυχοδραστικές/διεγερτικές ουσίες.

Η διέγερση του AP DLPFC οδηγεί σε μείωση της παρορμητικότητας μέσω του ελέγχου που ασκείται στις μεταιχμιακές δομές, στον κογχομετωπιαίο φλοιό και στην πρόσθια έλικα του μεσολοβίου. (Strafellaetal 2001, 2009).Η διαρκής αναζήτηση κοκαΐνης οδηγεί σε μείωση της ντοπαμίνης στον προμετωπιαίο φλοιό (Terraneoetal 2016)

-Terraneoetal 2016:
Η μελέτη χωρίστηκε σε 2 φάσεις:

Στην 1η φάση (διάρκειας 29 ημερών) οι μισοί ασθενείς έλαβαν θεραπεία με rTMS στον DPLFC και οι άλλοι μισοί λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή.

Στη 2η φάση (διάρκειας 63 ημερών) όσοι ασθενείς ανήκαν στην ομάδα αυτών που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή προστέθηκαν σε αυτούς που λάμβαναν rTMS θεραπεία.

- Κατά την 1η φάση η ομάδα που λάμβανε rTMS είχε σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό τοξικολογικών τεστ αρνητικών για χρήση κοκαΐνης (p=0.004) και σημαντικά λιγότερο craving για την ουσία (p=0.038).
- Κατά τη 2η φάση, οι ασθενείς που ανήκαν στο controlgroup έλαβαν θεραπεία με rTMS με σημαντική βελτίωση στην πορεία τους, που έγινε συγκρίσιμη με αυτή του γκρουπ που λάμβανε rTMS θεραπεία.

Σύμφωνα με την αρχική υπόθεση, το αποτέλεσμα ορίστηκε θετικό εάν ο ασθενής δεν παρουσίασε ποτέ υποτροπή (δηλαδή, ο έλεγχος φαρμάκων ούρων ήταν πάντα αρνητικός μετά την περίοδο χάριτος) κατά το Στάδιο 1, ενώ ορίστηκε αρνητικό εάν υπήρχε τουλάχιστον μία υποτροπή (δηλ., τουλάχιστον 1 έλεγχος φαρμάκου ούρων θετικός για κοκαΐνη μετά την περίοδο χάριτος) ή εάν ο ασθενής εγκατέλειψε τη μελέτη κατά το Στάδιο 1. Τα θετικά αποτελέσματα ήταν (69%) στην ομάδα rTMS και (19%) στην ομάδα ελέγχου.

-Madeoetal 2020: αναδρομική μελέτη παρατήρησης σε 284 που έκαναν χρήση κοκαΐνης. Έλαβαν θεραπεία για 3 μήνες και υπήρξε follow up 2 ετών και 8 μηνών με ερωτηματολόγια και τοξικολογικές εξετάσεις.Αποτελέσματα:

1. Κατά μέσο όρο η πρώτη υποτροπή αν γινόταν, συνέβαινε γινόταν στις 91 ημέρες.
2. Η κατά μέσο όρο χρήση κοκαΐνης κυμαινόταν σε επίπεδα <1.0 ημέρας ανά μήνα.
3. Δεν υπήρξαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες από τη θεραπεία.

ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το 2020 oFDAεγκρινειτη θεραοεία με TMSγια την διακοπή του καπνίσματος σε ενήλικες.

Η αποτελεσματικότητα αποδείχθηκε σε μια προοπτική, διπλή τυφλή, τυχαιοποιημένη, ψευδώς ελεγχόμενη, πολυκεντρική μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 262 επιλέξιμα άτομα που τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες: ομάδα ενεργού θεραπείας που υποβλήθηκε σε θεραπεία με το TMS, και μια εικονική ομάδα ελέγχου (εικονικό φάρμακο). Τα άτομα κατανεμήθηκαν τυχαία είτε στην ενεργή ομάδα TMS είτε στην εικονική ομάδα. Η διέγερσηεπετεύχθη με πηνίο βαθύτερης διείσδυσης και αφορούσε τον πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό (LPFC) ,φτάνοντας μέχρι τη νήσο του Reil.Οι θεραπείες πραγματοποιήθηκαν καθημερινά,πέντε ημέρες την εβδομάδα για 3 εβδομάδες, ακολουθούμενες από επιπλέον 3 συνεδρίες μία φορά την εβδομάδα για 3 εβδομάδες (για συνολικά 18 συνεδρίες κατά τη διάρκεια 6 εβδομάδων).

Η εβδομαδιαία αποχή ορίστηκε ως η αυτοαναφορά του συμμετέχοντα (σε ημερολόγιο) για απαγόρευση του καπνίσματος, που επιβεβαιώθηκε από εξετάσεις ούρων που υποδεικνύουν την αποχή από το κάπνισμα. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν ιδιαίτερα εθισμένοι στο κάπνισμα, με ιστορικό καπνίσματος κατά μέσο όρο πάνω από 26 χρόνια και πολλαπλές αποτυχημένες προσπάθειες διακοπής.Η μείωση της κατανάλωσης τσιγάρου και της λαχτάρας ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ενεργό ομάδα (28%) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (11,7%).

OFFLABEL ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ RTMS

Το rTMS τα τελευταία χρόνια έχει γίνει αντικείμενο έρευνας και κλινικής εφαρμογής για πλήθος ψυχιατρικών και νευρολογικών παθήσεων. Αυτό σημαίνει ότι ακόμα και στην καθημερινή κλινική πράξη χρησιμοποιείται σε παθήσεις για τις οποίες έχει θετικές μελέτες ακόμα και αν δεν έχει εγκριθεί για αυτές. Μήπως το ίδιο δε συμβαίνει και με αρκετές από τις θεραπευτικές επιλογές μας και ως προς τις φαρμακευτικές θεραπείες; ▶

Το 2019 δημοσιεύτηκαν στο Elsevier κατευθυντήριες οδηγίες ειδικών που συγκέντρωσαν τις προϋπάρχουσες μέχρι το 2014 οδηγίες για τη χρήση του rTMS , καθώς και τη βιβλιογραφία και τις μελέτες που είχαν δημοσιευθεί μέχρι το 2018. Με βάση αυτές τις οδηγίες και την κλινική εμπειρία, το rTMS έχει εφαρμογή και στις παρακάτω παθολογίες:

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Υπάρχουν πρωτόκολλα θεραπευτικά πρωτόκολλα που στοχεύουν σε άλλα σημεία του εγκεφάλου και με διαφορετικές, όχι κατ΄ ανάγκη διεγερτικές συχνότητες που είδαμε παραπάνω.

Έτσι, άλλοι στόχοι εκτός του AP πλάγιο - ραχιαίου προμετωπιαίου φλοιού είναι:

- Ο ΔΕ DLPFC. Εδώ χρησιμοποιούμε χαμηλής συχνότητας παλμούς 1 Hz για 24 λεπτά. Προτιμάται σε περιπτώσεις αγχώδους κατάθλιψης ή διπολικής κατάθλιψης, καθώς δεν έχει συσχετιστεί με switch στην εφαρμογή του.
- Ο AP μέσος ραχιαίος προμετωπιαίος φλοιός (DMPFC). Εδώ χρησιμοποιούμε υψηλής συχνότητας παλμό ή πρωτόκολλο θεραπείας thetaburst. Είναι για ανθεκτική κατάθλιψη όταν συνυπάρχουν στοιχεία αυξημένης παρορμητικότητας, διπολικότητας, κατάχρησης ουσιών και clusterB προσωπικότητας.
- Ο ΔΕ κογχομετωπιαίος φλοιός (OFC). Εδώ χρησιμοποιούμε χαμηλής συχνότητας κατασταλτικό παλμό κυρίως σε ασθενείς με ανθεκτικότητα νόσου στην οποία υπάρχει έντονο το συναίσθημα της ανηδονίας και του χρόνιου υψηλού άγχους.

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Για την αρνητική συμπτωματολογία των ασθενών με σχιζοφρένεια εφαρμόζεται ένα πρόγραμμα διεγερτικό για το δυσλειτουργούντα προμετωπιαίο φλοιό. Είναι υψηλής συχνότητας (10Hz) χορηγούμενο στον AP DLPFC με ένταση 120% του MotorThreshold (ουδού διέγερσης του κινητικού φλοιού). (levelCevidence)

Για τις ακουστικές ψευδαισθήσεις χρησιμοποιείται κατασταλτικής -χαμηλής 1Hz – συχνότητας παλμός για να περιορίσει την υπερλειτουργία του ακουστικού φλοιού. Συγκεκριμένα εφαρμόζεται πρόγραμμα 1 Hz

adelco

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ: **MINITRAN**

στον AP κροταφοβρεγματικό λοβό με ένταση 90% του motorthreshold. (LevelCevidence). Βέβαια, υπάρχουν μελέτες εφαρμογής του στον AP DLPFC με αντίστοιχα χαρακτηριστικά παλμού και αντίστοιχα αποτελέσματα. (LevelCevidence)

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Υπάρχει μεγάλη ετερογένεια διαγνώσεων και εφαρμοζόμενων θεραπευτικών πρωτοκόλλων, που παρέχει πολλές επιλογές. Από την έως τώρα κλινική εμπειρία φαίνεται ότι υπάρχει επικράτηση- προτίμηση του ΔΕ DLPFC με χρήση είτε υψηλής είτε χαμηλής συχνότητας παλμού. (LevelCevidence)

ΙΝΟΜΥΑΛΓΙΑ

Στην ινομυαλγία, το rTMS μπορεί να στοχεύσει σε δύο αντικείμενα. Το ένα είναι ο πόνος και το άλλο είναι η ποιότητα ζωής των ασθενών.

Για αναλγητικό αποτέλεσμα στοχεύουμε στον AP DLPFC με υψηλής συχνότητας παλμό. Για βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς στοχεύουμε με υψηλής συχνότητας παλμό στον AP πρωτοταγή κινητικό φλοιό.

Η θεραπεία έχει πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα στις μελέτες και έχει LevelBevidence .

ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

- Κινητικού φλοιού υποξεία φάση: επιβεβαιωμένη δραστικότητα (LevelA) στην αποκατάσταση κινητικότητας άνω άκρου με LfrTMS σε ετερόπλευρο του εμφράκτου M1, σχετική (LevelB) σε HfrTMSομόπλευρη του εμφράκτου M1.
- Κινητικού φλοιού χρόνια φάση: Πιθανή (LevelC) σε LfrTMSετερόπλευρου του εμφράκτου M1.
- Αφασία μετά από ΑΕΕ: Σχετική δραστικότητα (LevelB) σε LfrTMS σε ΔΕ κάτω-πρόσθια έλικα σε χρόνια φάση.
- Hemispatialneglect: Πιθανή δραστικότητα (LevelC) για cTBS σε ετερόπλευρο του εμφράκτου βρεγματικό λοβό σε υποξεία φάση.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ TOURETTE΄S

Μελέτη των MengmengFuetal 2021 με ομάδα 30 ασθενών με σ. Tourette έλαβαν οι μισοί Lf (0.5Hz) ▶

adelco

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ: **MINITRAN**

rTMS σε αμφοτερόπλευρους βρεγματικούς λοβούς σε 90%MT για 10 συνεδρίες κ οι υπόλοιποι sham. Το γκρουπ με την rTMS θεραπεία είχε σημαντική βελτίωση η οποία διατηρήθηκε και 1 μήνα μετά το πέρας της θεραπείας.

ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Μελέτη των VandenEyndeetal του 2010 έδειξε ότι ασθενείς που έπασχαν από βουλιμικού τύπου διατροφική διαταραχή και έκαναν 1 συνεδρία rTMS (Hf σε AP DLPFC) ανέφεραν μικρότερο craving για φαγητό και λιγότερα επεισόδια παρορμητικής υπερκατανάλωσης φαγητού για 24 ώρες.

ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Η θεραπεία HfrTMS στον κινητικό φλοιό με 100% MT σε ασθενείς με ανθεκτική στη φαρμακευτική αγωγή επιληψία επέφερε βελτίωση, τόσο ως προς τη μείωση των επεισοδίων κρίσης, όσο και στην ηλεκτροεγκεφαλική εικόνα, αλλά και στα ερωτηματολόγια κατάθλιψης (Fu, Aisikaeretal 2021).

ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΟΝ ΤΖΟΓΟ

Η εφαρμογή HfrTMS στον AP DLPFC με πρωτόκολλο αύξησης της ντοπαμινεργικής δραστηριότητας (όπως εφαρμόζεται στην απεξάρτηση από την κοκαΐνη) είχε ως αποτέλεσμα την αποχή από τα τυχερά παιγνίδια σε ασθενείς που είχαν συννοσηρότητα των 2 καταστάσεων (εθισμός σε τζόγο και κοκαΐνη) –Gardulloetal, 2019- αλλά και μείωση του DAT (dopaminetransporter) σε μελέτη με SPECT ανάλυση στο οπίσθιο ραβδωτό σώμα

ΔΕΠΥ – ADHD

Υπάρχουν μελέτες με εφαρμογή HfrTMS θεραπεία στο ΔΕ DLPFC στις οποίες, είτε μόνη η εφαρμογή του εναλλασσόμενου παλμού (Alyagonetal 2020), είτε σε συνδυασμό με τις ήδη υπάρχουσες θεραπείες –πχ ατομοξετίνη- (Cao, Xingetal 2018) επιδρά ευεργετικά σε πυρηνικά συμπτώματα της νόσου, κυρίως στην προσοχή και όχι στην υπερδραστηριότητα – παρορμητικότητα.

ΝΟΣΟΣ PARKINSON

Η εφαρμογή διεγερτικής rTMS θεραπείας στον κινητικό φλοιό των ασθενών μόνη της ή σε συνδυασμό με τον προμετωπιαίο βοηθά στη νόσο (Spagnolo, Ficheraetal 2021 τυχαιοποιημένη μελέτη με controlgroup). Μετα-αναλύσεις δείχνουν ότι διέγερση του DLPFC μόνη της προκαλεί σαφή βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αντίστοιχη όσο με SSRIs αλλά όχι και των κινητικών διαταραχών (Hai-Jiao, Geetal 2018 InternationalJournalofNeuroscience). Lechaufeuretal: LevelBevidence για Hf διέγερση σε αμφοτερόπλευρους M1 και σε DLPFC για κατάθλιψη της νόσου.

ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER

Τα στοιχεία που συνοψίζονται σε ανασκόπηση των (MarinaWeileretal 2020), υπογραμμίζουν τουλάχιστον τρεις εννοιολογικά διακριτούς στόχους για την παρέμβαση TMS στην AD, που αφορούν τα κλινικά συμπτώματα, παθογενετικό μηχανισμό και τους πρώιμους δείκτες της νόσου. Η πλειονότητα της υπάρχουσας έρευνας σε αυτόν τον τομέα έχει εξετάσει τις διεγερτικές επιδράσεις στα γνωστικά και νευροψυχολογικά συμπτώματα της νόσου, με το πρωταρχικό αποτέλεσμα ενδιαφέροντος να περιλαμβάνει τη βελτιωμένη κλινική έκβαση. Δεν έχει δοθεί επαρκής προσοχή στην παρακολούθηση της επιρροής του TMS στην παθογένεση ή στους πρώιμουςδείκτες της AD.

ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

Υπάρχουν πολλά casereports εφαρμογής Lf rTMS στον κινητικό φλοιό με σημαντικά αποτελέσματα στη βελτίωση της σπαστικότητας των ασθενών, καθώς βελτιώνει και τη διεγερσιμότητα εγκεφαλονωτιαίων οδών

ΕΜΒΟΕΣ

Υπάρχει πλήθος μελετών που δείχνει ότι εφαρμογή LfrTMS στον κροταφοβρεγματικό φλοιό μειώνει την ένταση των συμπτωμάτων, κάτι που επιβεβαιώθηκε σε μετα-ανάλυση του 2020 .Το σκεπτικό είναι ότι μειώνεται η υπερδραστηριότητα των ακουστικών περιοχών με εφαρμογή κατασταλτικής (χαμηλής) συχνότητας παλμών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Grimm et al 2008 Imbalance between Left and Right Dorsolateral Prefrontal Cortex in Major Depression Is Linked to Negative Emotional Judgment: An fMRI Study in Severe Major Depressive Disorder
Bakker et al, Brain stimulation 2015, rTMS of the Dorsomedial Prefrontal Cortex for Major Depression:Safety, Tolerability, Effectiveness, and Outcome Predictors for 10 HzVersus Intermittent Theta-burst Stimulation
Drysdale, Grosenick et al 2017, Resting-state connectivity biomarkers define neurophysiological subtypes of depression
O ΄ Reardon et al 2007, Efficacy and safety of transcranial magnetic stimulation in the acute treatment of major depression: a multisite randomized controlled tria
Blumberger et al 2018, The Lancet, Effectiveness of theta burst versus high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in patients with depression (THREE-D): a randomised non-inferiority trial
Clarke et al 2019, Efficacy of repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression with comorbid anxiety disorders
Carmi et al 2018,Psychiatry Research, Deep transcranial

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ: **BRINTELLIX**

magnetic stimulation for obsessive-compulsive disorder is efficacious even in patients who failed multiple medications and CBT
Madeo et al, 2020, Frontiers in Psychiatry, Long term outcome of repetitive TMS stimulation in a large cohort of patients with cocaine-use disorder, An observational Study
Terraneo et al, Elsevier 2016, Transcranial magnetic stimulation of dorsolateral prefrontal cortex
reduces cocaine use: A pilot study
Abraham Zangen et al 2021,World Psychiatry, Repetitive transcranial magnetic stimulation for smoking cessation: a pivotal multicenter double-blind randomized controlled trial
Lechaufeur et el 2020 Clinical Neyrophysiology, Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): An update (2014–2018)
Tanwar et al 2020,Advances in Rheumatology, Repetitive transcranial magnetic stimulation of the prefrontal cortex for fibromyalgia syndrome: a randomised controlled trial with 6-months follow up
Sampson et al 2006, Pain Medicine, Slow-Frequency rTMS Reduces Fibromyalgia Pain
Fu et al, 2021, Frontiers in Neurology, Effects of low frequency rTMS of bilateral parietal cortex in Tourette syndrome
Van den Eynde et al 2010 Biol Psychiatry, Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation Reduces Cue-Induced Food Craving in Bulimic Disorders
Alyagon et al Clinical Neuroimage Alleviation of ADHD symptoms by non-invasive right prefrontal stimulation is correlated with EEG activity
Cao et al 2018, Neuropsychiatric disease and treatment, Clinical effects of repetitive transcranial magnetic stimulation combined with atomoxetine in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder
Cardullo et al 2019, Journal of Clinical Medicine, Clinical Improvements in Comorbid Gambling/Cocaine Use Disorder (GD/CUD) Patients Undergoing Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS
Li et al 2021, Brain stimulation, Cortical plasticity is correlated with cognitive improvement in Alzheimer's disease patients after rTMS treatment
Aguera et al 2020, Impact of rTMS on Neurocognition and Oxidative Stress in Relapsing – Remitting Multiple Sclerosis, A Case Report
D ΄Amico et al 2020, Journal of Neurophysiology, High-intensity, low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation enhances excitability of the human corticospinal pathway
Weiler, Marina et al2020, eNeuro, Transcranial Magnetic Stimulation in Alzheimer's Disease: Are We Ready?

Ψυχιατρική: η επιστήμη των νοητικών και συμπεριφορικών - και όχι ψυχικών- διαταραχών.

Ν. Μπιλανάκης
Ιατρός-Ψυχίατρος

"Εκ της ιστορίας της ψυχιατρικής θέλομεν νοήση τους μακρούς και χαλεπούς αγώνας, ούς νικηφόρως διεξήγαγεν η επιστήμη αγωνιζόμενη προς την πλάνην, την θηριωδίαν, την δεισιδαιμονία"

Μ. Κ. Κατσταράς, 1898

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε γλώσσα αποτελείται από λέξεις-σύμβολα που παριστάνουν έννοιες. Με αυτό τον τρόπο, κάθε γλώσσα αποτελεί ταυτόχρονα και φυσικό γεγονός (αφού παράγεται με τα φωνητικά όργανα κάποιου και προσλαμβάνεται με τα ακουστικά όργανα κάποιου άλλου) και άυλη δομή (αφού αντικαθιστά τα αντικείμενα, τα γεγονότα ή τις σκέψεις με την επίκληση τους). Η γλώσσα με τις λέξεις της δεν μεταδίδει μόνο γνώση. Ούτε απλά κάνει προσιτή την εσωτερική εμπειρία ενός υποκειμένου σε άλλο υποκείμενο. Η γλώσσα αποτελεί πριν απ' όλα κοινωνική πράξη, συμβολισμός από τον οποίο προκύπτει μια νέα κοινωνικότητα. Γιατί η γλώσσα "δεν είναι φορείο των πραγμάτων, είναι η κοίτη των πραγμάτων, του κόσμου όλου".[1]

2. ΟΙ ΛΕΞΕΙΣ "ΨΥΧΗ"(ANIMUS, MENS) ΚΑΙ "ΝΟΥΣ" (MENS, MENTALIS)

Η λέξη "ψυχή" - που ετυμολογικά σχετίζεται με την αναπνοή, ως σημείο ζωής - χρησιμοποιήθηκε[2] πρώτα από τους Έλληνες για να εννοήσουν "το διακριτικό γνώρισμα των ζώντων πλασμάτων". Στο διάβα των εποχών επιχειρήθηκε να εξερευνηθούν τα όρια της έννοιας της, θέτωντας ερωτήματα όπως, αν η ψυχή είναι ορατή ή αόρατη, υλική ή άυλη, θνητή ή αθάνατη, λογική ή πάθος, αν απαντάται σε όλους τους οργανισμούς ή αποκλειστικά στον άνθρωπο, αν εντοπίζεται στην καρδιά, στα σπλάχνα ή στον εγκέφαλο. Ακολούθησαν οι ελληνιστικοί χρόνοι και αργότερα η ρωμαϊκή περίοδος, κατά την οποία οι Λατίνοι ονόμασαν και αυτοί animus (από το άημι=πνέω, φυσώ), την ουσία εκείνη (την ψυχή) που δίνει πνοή σε κάθε έμβιο όν, επιδεικνύοντας για άλλη μια φορά την συνάφεια τους με την ελληνική σκέψη. Από το animus οδηγηθήκαμε[3] στο mens, με τους Λατίνους να χρησιμοποιούν πότε τη μία και πότε την άλλη λέξη εναλλακτικά ή συμπληρωματικά, για να αποδώσουν νοήματα (θυμός – πάθος ή βούλευμα-λόγος, λογικόν ή άλογον, νούς, κ.α.) ανάλογα με αυτά που είχαν ήδη προσδώσει οι Έλληνες. Έτσι, ο Λουκρήτιος τον 1ο αιώνα, χρησιμοποίησε τις λέξεις mens & animus ως συνώνυμους ή πολύ κοντινούς μεταξύ τους και πολύ κοντά επίσης με τις έννοιες που είχαν κατά καιρούς δώσει διάφοροι έλληνες φιλόσοφοι στη λέξη «ψυχή». Στο τέλος της Ρωμαϊκής περιόδου, οι πατέρες της Χριστιανικής θρησκείας υιοθέτησαν το δυισμό σώμα-ψυχή, που αργότερα με τον Καρτέσιο τέθηκε στην κλασσική του βάση, ένα ζήτημα που μέχρι σήμερα συνεχίζει να αποτελεί συχνό θέμα συζητήσεων μεταξύ της φιλοσοφίας, της ψυχολογίας και των νευροεπιστημών.

Οι λαοί της Δυτικής Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας, που μιλούσαν την λατινική, έφτασαν σταδιακά μετά τον 14ο αιώνα, στο πλαίσιο της Αναγέννησης, με την Επιστημονική Επανάσταση και το Διαφωτισμό, να διαφοροποιήσουν οριστικά τη λέξη mens από το animus, και να προσδώσουν σε αυτή τη λέξη (mens), από κάποια στιγμή και πέρα, αποκλειστικά, την έννοια του νου και της νόησης. Από το mens, mentis πλάστηκε αργότερα το "mental" για να εννοήσει "το νοητικό", αυτό που στην ελληνική γλώσσα συνέχισαν να λένε "ψυχικό". Αυτό έγινε τόσο στην συντριπτική πλειοψηφία των ευρωπαικών λαών, ρομανικής (Ιταλοί, Γάλλοι, Ισπανοί), γερμανικής και σλαβικής προέλευσης, όσο ακόμα και σε λαούς που μιλούσαν γλώσσα που δεν συνδεόταν στενά με τις υπόλοιπες ευρωπαικές, (Αλβανοί, Ουγγροι, Φινλανδοί). Στη Γαλλική το είπανε mentale, στην Ιταλική mentale, στην Ισπανική mental, στη Πορτογαλική mental, στη Ρουμανική mentala, στην Ολλανδική mentale, στη Σουηδική mental, στη Δανική ▶

mentalt, στη Σερβική mentalno, στη Ουγγραική mentalis, στη Μαλτεζική mentali, στην Αλβανική mendor κ.α. Εξαίρεση στην Ευρώπη αποτελούν, μαζί με την Ελληνική γλώσσα, Γερμανική που λέει psychiache, η Πολωνική psychiche και η Ουκρανική psykhiahne. Λίγο αργότερα και οι Βρετανοί είπαν mental illness (=νοητική ασθένεια) - όχι psychic illness. Οι ίδιοι επέλεξαν τον όρο "mental" για να τον αντιπαρατάξουν (εννοώντας το "ψυχικό") στη physical (σωματική) διάσταση του δυιστικού μοντέλου. Οι Βρετανοί, που συνέχισαν να χρησιμοποιούν τον όρο psychic, αλλά κατέληξαν με αυτόν να εννοούν[4] κυρίως κάτι έξω από την ανθρώπινη ή φυσική τάξη πραγμάτων, δηλαδή κάτι πνευματιστικό, και δευτερευόντως μόνο κάτι που παραπέμπει στην ανθρώπινη ψυχή, την οποία συνέχισαν να ονομάζουν mind ή soul (και όχι psychi). Πολύ αργότερα, τα διεθνή ταξινομικά νοσολογικά συστήματα υιοθέτησαν και αυτά τον όρο "Mental" (και όχι τον όρο "Psychic"), ονομάζοντας στο μεν ICD-10 τις σχετικές με την Ψυχιατρική νόσους Mental and Behavioural Disorders, και στο δε DSM-V Mental Disorders.

Συμπερασματικά, βλέπουμε λοιπόν ότι οι λατινογενείς γλώσσες βασίστηκαν αρχικά στη λέξη animus για να συμβολίσουν την έννοια «ψυχή», έννοια που είχε ήδη εννοηθεί και εξελιχθεί από την ελληνική γλώσσα. Στην πορεία των αιώνων και μέχρι τον 14ο αιώνα, οι λατινογενείς γλώσσες συνεχίζουν να χρησιμοποιούν εναλλακτικά με τη λέξη animus και την λέξη mens, για να εννοήσουν με αυτήν τις εναλλακτικές έννοιες που είχαν ήδη αποδοθεί από τους Έλληνες. Με την Αναγέννηση όμως ξεκινά μια μακρά διαδικασία εκκοσμίκευσης των Δυτικών κοινωνιών, όπου η θρησκεία σταδιακά παύει να κυριαρχεί στην κοινωνία. Η θρησκευτική Μεταρρύθμιση του 16ου αιώνα, η Επιστημονική Επανάσταση του 17ου αιώνα και ο Διαφωτισμός του 18ου αιώνα με τις ανακαλύψεις και τις επαναστατικές τους ιδέες οδήγησαν στην κυριαρχία του ορθού λόγου και ώθησαν την Ιατρική να μετακινηθεί από το πεδίο της Φιλοσοφίας, στο πεδίο των θετικών επιστημών. Την πορεία αυτή αντανακλά και η ολοκληρωτική μετάβαση από το animus στο mens, και αργότερα στο "mental", για να εννοηθεί ως «ψυχικό» αποκλειστικά το «νοητικό», το του νου. Στην ελληνική γλώσσα αντίθετα, από την πτώση της Ανατολικής Αυτοκρατορίας (που η εθνική αυτοσυνειδησία του ελληνισμού πέρασε στην ευθύνη της εκκλησίας) δεν συνέβησαν επαρκείς Διαφωτιστικοί επανακαθορισμοί, και ως τις μέρες μας διατηρείται η λέξη «ψυχή», χρωματισμένη θρησκευτικά, εννοώντας σταθερά "την αθάνατη, αόρατη, συνδεδεμένη με τον Θεό, ουσία που δίνει ζωή στο σώμα".

3. ΛΕΞΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ (PSYCHIATRY)

Στις αρχές του 19ου αιώνα, το 1808, ο όρος Ψυχιατρική (ως 'Psychiaterie' αρχικά, για να επιδιορθωθεί λίγο αργότερα σε 'Psychiatrie') πλάστηκε και εισήχθηκε[5] για πρώτη φορά στην Ιστορία από τον Johann Christian Reil, Γερμανό Καθηγητή Θεραπευτικής στο Πανεπιστήμιο της Halle . Ό όρος αυτός, που προδήλως είχε τις ρίζες του στην ελληνική γλώσσα, ήθελε να δηλώσει, σύμφωνα με τον δημιουργό του, ότι η ψυχιατρική οφείλει να αποτελεί μια διακριτή ιατρική ειδικότητα και όχι μια επιστήμη της Φιλοσοφίας ή της Θεολογίας, που μέχρι τότε είχαν την αρμοδιότητα διερεύνησης των ψυχικών (mental) φαινομένων. Όταν εισήχθηκε ο όρος 'Psychiatrie' (Ψυχιατρική) στις άλλες εθνικές γλώσσες εκτός της ελληνικής, ο ήχος και η μορφή του, ή των συνθετικών μερών του, δεν οδηγούσε επουδενί τον απλό πολίτη οποιουδήποτε άλλου -πλην του ελληνόφωνου- πληθυσμού στην κατανόηση της έννοιας που αυτός σκόπευε να εκφράσει. Π.χ. στον απλό πολίτη του Ην. Βασιλείου, ούτε η αντίστοιχη λέξη "Psychiatry", ούτε οι συνθετικές λέξεις "Psychi"+"iatry", εννοούσαν το οτιδήποτε. Για αυτό τον λόγο, ο πολίτης του Ην. Βασιλείου -για να συνεχίσω το παράδειγμα- προτίμησε να χρησιμοποιήσει επιπρόσθετα άλλες λέξεις για να εννοήσει και να εκφράσει τις αντίστοιχες έννοιες: χρησιμοποίησε τις λέξεις "Mental" αντί του "Psychi" και "medicine" αντί του "iatry". Και στην διεθνή ιατρική αγγλόφωνη ορολογία δίπλα στο Psychiatry ήρθε να προστεθεί οι όροι «Mental and Behavioural Disorders».

Στην ελληνική γλώσσα, ο όρος "Ψυχιατρική" εισήχθηκε[6] το 1898, σχεδόν ενενήντα χρόνια μετά την αρχική δημιουργία του, όταν ο Καθηγητής Μ. Κατσαράς τον χρησιμοποίησε στο σύγγραμμα του «Παθολογία των Νεύρων και Ψυχιατρική». Ο Κατσαράς φαίνεται πως την πράξη του αυτή, την επεξεργαζόταν ήδη ατό το 1893, αφού στο εναρκτήριο μάθημα που είχε εκφωνήσει εκείνο το έτος με θέμα "Η θέσις της Νευρολογίας και των Φρενίτιδων Νόσων εν τη Ιατρική και εν τη Επιστήμη καθόλου", είχε διατυπώσει, τότε για πρώτη φορά, την άποψη να διδάσκονται - κατά το πρότυπο της Ευρώπης - "η νευρολογία και οι φρενίτιδες νόσοι", που μέχρι τότε αποτελούσαν μέρος της Παθολογίας, χωριστά από αυτήν. Στην ελληνική γλώσσα, αντίθετα με ότι συνέβη στις άλλες Δυτικές γλώσσες, ο αντιδάνειος όρος "Ψυχιατρική" παρέπεμπε σε συγκεκριμένο νόημα, αφού το σημαίνον (η λέξη), συνδεόταν με το νόημα της (το σημαινόμενο), εννοώντας ακόμα και για τον απλό πολίτη "Ιατρική της Ψυχής". Η εισαγωγή στην ελληνική γλώσσα, στην επίσημη γλώσσα του μόλις πριν λίγες δεκαετίες νεοσύστατου ελληνικού κράτους, του όρου "Ψυχιατρική", παρέσυρε μαζί της και όλη τη μέχρι εκείνη τη στιγμή συσσωρευμένη γνώση της Δύσης, που ήταν ενσωματωμένη στον όρο. Έτσι, μοιραία, η εγκυβοτισμένη στον όρο «Ψυχιατρική» γνώση χρειάστηκε να αντιπαρατεθεί με την εννοιοδότηση που περιείχε ο μέχρι τότε επικρατούν όρος "πάθη ψυχής", πουι αντικατόπτριζε ανάλογες κοινωνικές αναπαραστάσεις

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ: **ABILIFY MAINTENA**

του ελληνικού πληθυσμού (όπως τις έννοιες της τρέλας ως δαιμονοκατοχής εξ αιτίας της απομάκρυνσης από τους θρησκευτικούς κανόνες, της τρέλας ως αλλόκοτης ανίατης συμπεριφοράς ενός ολοκληρωτικά διαφορετικού ανθρώπου, της τρέλας ως πρόβλημα κοινωνικής ανομίας που όφειλε να αντιμετωπισθεί με εγκλεισμό). Τελικά, βέβαια, η εισαγωγή του όρου "Ψυχιατρική" στην Ελλάδα, μεταγγίζοντας γνώσεις από την Εσπερία, αποτέλεσε μια ολωσδιόλου θετική πράξη αφού συνέβαλλε στην εξέλιξη που σημειώθηκε και στην πατρίδα μας, οδηγώντας ένα σημαντικό τμήμα του ελληνικού πληθυσμού αργότερα να αντιμετωπίζει την τρέλα ως ασθένεια[7].

4. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΛΕΞΗΣ "ΨΥΧΗ, ΨΥΧΙΚΟΣ"

Οι Έλληνες σήμερα (αντίθετα με ότι συνέβηκε στις λατινογενείς γλώσσες) συνεχίζουμε να χρησιμοποιούμε την λέξη "ψυχή" και το επίθετο «ψυχικός-η-ο». Αλλά δεν συμφωνούμε πλέον όλοι, στην έννοια που δίνουμε σε αυτές τις λέξεις. Αναντίρρητα, οι περισσότεροι Έλληνες, εννοούν με τη χρήση αυτών των λέξεων την θεοκρατική έννοια τους. Παρά τα ευρέως δημοσιοποιημένα πορίσματα των νευροεπιστημών σύμφωνα με τα οποία αφενός μεν τέτοια ψυχή δεν υπάρχει, αφετέρου οι νοητικές λειτουργίες (π.χ. η συνείδηση, η σκέψη, η μνήμη, τα συναισθήματα, η αντίληψη κλπ) προκαλούνται από φυσικές διεργασίες που λαμβάνουν χώρα στον εγκέφαλο λόγω της εγκεφαλικής λειτουργίας.

Η ύπαρξη δύο διαφορετικών εννοιών, που αποδίδονται με την ίδια λέξη (την "ψυχή"), τραυματίζει το νόημα που επιδιώκεται να εκφράσει η λέξη, δημιουργώντας προσκόμματα στην επικοινωνία μας, απομειώνοντας την αξία της κοινής μας γλώσσας ενώ δημιουργεί επιπλέον σύγχυση γύρω από το γνωστικό αντικείμενο της ιατρικής ειδικότητας της Ψυχιατρικής, συγχέοντας το με το αντικείμενο της επιστήμης της Ψυχολογίας, της Θεολογίας και της Φιλοσοφίας. Τελικά, η γλώσσα αποβαίνει σε βάρος του ίδιου του ψυχιατρικού αρρώστου αφού, εννοώντας οι περισσότεροι την "ψυχή" ως κάτι άυλο που τους συνδέει με τον Θεό, εκλαμβάνουν με λαθεμένο τρόπο την κλινική κατάσταση του αρρώστου, δυσχεραίνοντας την πρόσβαση του στα βιολογικά μέσα αποθεραπείας, επιτρέποντας την επιβίωση παλαιότερων κοινωνικών αναπαραστάσεων (π.χ. η τρέλα ως δαιμονοκατοχή ή ως έλλειμμα αγάπης), στιγματίζοντας εντέλει τον ασθενή[8].

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στην εποχή μας, εποχή αμφισβήτησης της Επιστήμης και του Ορθού Λόγου, εποχή εμφάνισης επικίνδυνων αντιεμβολιαστικών συμπεριφορών ακόμα και από ιατρούς, καθίσταται περισσότερο από επιτακτική η ανάγκη αποιεροποίησης και καθαρμού των λέξεων από θεοκρατικές αντιλήψεις και απόδοσης τους αποκλειστικά στον ορθό λόγο. Όλοι οι Έλληνες, (τουλάχιστον οι Ιατροί), μέσα από διαδικασίες εκπαίδευσης και κοινωνικής διαβούλευσης, οφείλουν να πεισθούν από τα πορίσματα των νευροεπιστημών και την εξέλιξη γενικά της επιστήμης, και να προχωρήσουν στην αυτονόμηση του κόσμου και του ανθρώπου από κάθε υπερβατική αυθεντία, στον θρησκευτικό αποχρωματισμό του λόγου τους, αποδίδοντας επιτέλους -όπως οι Δυτικοί- τις νοητικές λειτουργίες και τον τόπο που αυτές παράγονται με τους όρους «νοητικός» και «νους», και όχι «ψυχικό» και «ψυχή». Αυτή την απόδοση εξάλλου υποστηρίζει και η Ελληνική Εταιρεία Ορολογίας (ΕΛΕΤΟ) που έχει ήδη ταχθεί9 υπέρ της απόδοσης του mental ως νοητικός και υπέρ της σωστής χρήσης της στο πεδίο της Ψυχιατρικής. Με αυτή την έννοια, ο όρος "Ψυχιατρική" χρειάζεται να προσδιορίζεται περαιτέρω ότι πρόκειται για την Επιστήμη των Νοητικών (και όχι Ψυχικών) και Συμπεριφορικών Διαταραχών.

Επειδή οι λέξεις διαθέτουν μνήμη και καθορίζουν την επικοινωνία των ανθρώπων, η επιστημονική ψυχιατρική κοινότητα οφείλει να υπερασπιστεί τον παραγόμενο από αυτήν σημασιολογικό πλούτο των όρων της και να προφυλάξει τους ασθενείς της, σεβόμενη ταυτοχρόνως την διαφορετική ταχύτητα που επιδεικνύει η υπόλοιπη κοινωνία στην αφομοίωση των νέων γνώσεων που σταδιακά οφείλουν να περικλείονται μέσα στις λέξεις. Γιατί -όπως λέει και ο Αδαμάντιος Κοραής-"το αδιόριστον των λέξεων γεννά το ακατάστατον των ιδεών και τούτο πάλιν, το ακατάστατον των πράξεων".

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

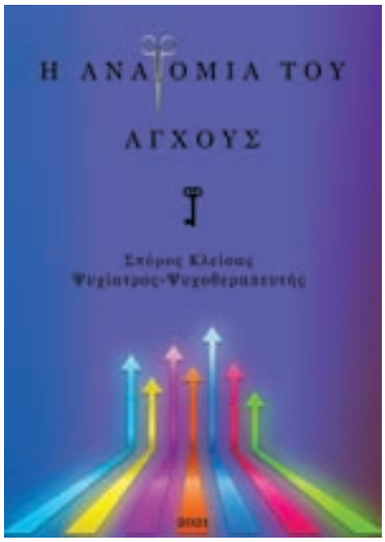
1. Μ. Μαρκίδης, Το Παιχνίδι των Γραμμάτων, στο Κείμενα Νευροψυχολογίας (Επιμ. Θ. Τζαβάρας), Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη, 1987¨: 269-27
2. Παναγης Γ & Δαφερμος Μ. Ψυχή, Νους και Εγκέφαλος: Μια ιστορική διαδρομή στη μελέτη των μεταξύ τους σχέσεων, Ελληνικό Περιοδικό Ψυχολογίας, 2008, τ. 5:324-366
2. Mehl D. The Intricate translation of the Epicurean doctrine of psyche in book 3 of Lucretius. Philologus 1999. 143 (2): 272-287
3. Cabridge Dictionary of English, Cabridge University Press, 2021
4. A. Marneros: Psychiatry's 200 birthday, British Journal of Psychiatry, Volume 193, Issue 1 July 2008:
5. Θ. Καράβατος: Τα πρώτα βήματα της Ψυχολογίας στην Ελλάδα, Εκδ. Οδυσσέας/Τρίαψις, 1991, Αθήνα: 101
6. Μπιλανάκης Ν, 1830-2020, Ιστορία της Ψυχιατρικής στην νεότερη Ελλάδα, εκδ. Βητα, Αθήνα, 2020.
7. Μπιλανάκης Ν: Ψυχικό και νοητικό: υπεράσπιση της επιστημονικής ορολογίας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2021, υπό έκδοση.
8. Βαλεοντής Κ, Πρόεδρος ΕΛΕΤΟ, προσωπική αλληλογραφία με Μ.Ν., 17/2/2021

FarmaSyn SA
PHARMACEUTICALS

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ: **ESCITALOPRAM**

Γράμμα στο περιοδικό

Σπύρος Κλείσας
Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής, ΚΣΔΕΟ Έδρα, Μ.Φ.Η. Λωίς, spyros.kleisas@yahoo.gr



Η Ανατομία του Άγχους είναι μία πραγματεία για το μεγαλύτερο πρόβλημα της σύγχρονης εποχής. Μέσα σε 77 κεφάλαια περιγράφεται με τον απλούστερο δυνατό τρόπο το οικοδόμημα του άγχους, αναλύονται τα χαρακτηριστικά του, δίνονται ψυχολογικά εργαλεία για καθημερινή χρήση και εξηγούνται οι παράγοντες που το επηρεάζουν.

Πολλές από τις συσχετίσεις που περιγράφονται σε αυτό το βιβλίο και τα εργαλεία που παρουσιάζονται είναι τελείως πρωτότυπα. Το βιβλίο αυτό μπορεί αποτελέσει ένα αναντικατάστατο εγχειρίδιο που θα σας βοηθήσει να κατανοήσετε καλύτερα τον εαυτό σας και να ανταπεξέλθετε καλύτερα στις δυσκολίες της εποχής, μέσω της καλύτερης κατανόησης του ψυχισμού μας.

Εδώ και πολλά πολλά χρόνια, ένα από τα βασικά ερωτήματα που απασχολεί τις επιστήμες που ασχολούνται με τον εγκέφαλο είναι η φύση της ψυχικής νόσου. Έχουν γίνει πλείστες όσες προσπάθειες να βρεθούν τρόποι να εντοπίσουμε τα άτομα που θα αναπτύξουν ψυχική νόσο, έχουν γίνει προσπάθειες να βρεθούν δείκτες στο αίμα ή άλλού που θα βοηθούν να ξεχωρίσουμε ένα άτομο που πάσχει ή ενδέχεται να αναπτύξει ψυχική νόσο. Όλες αυτές οι προσπάθειες έως τώρα έχουν αποτύχει.

Αυτό είναι που κάνει στα μάτια μερικών συναδέλφων ιατρών την Ψυχιατρική να φαίνεται ότι υπολείπεται σε πρόοδο σε σχέση με άλλες ιατρικές ειδικότητες, που παρουσιάζουν συνεχώς ετούτο ή το άλλο επίτευγμα, ετούτη ή την άλλη καινοτομία. Η Ψυχιατρική αντίθετα, μοιάζει να είναι σχετικά στάσιμη, τουλάχιστον με την πιο ιατροκεντρική έννοια της εξέλιξης, διότι οι όποιες καινοτομίες φαίνεται να προέρχονται από την φαρμακευτική ή εστιάζουν σε ψυχοκοινωνικές παραμέτρους περισσότερο (προσπάθεια καταπολέμησης του ψυχικού στίγματος, δημιουργία υποστήριξης και δομών για τους ανθρώπους με ψυχικά προβλήματα κ.ο.κ.)

Κατά τη γνώμη μου, αυτό συμβαίνει λόγω της ίδιας της φύσης της ψυχικής νόσου.

Η εμπειρία μου, τα διαβάσματά μου και το ένστικτό μου με οδηγούν στο να πιστεύω ότι η ψυχική νόσος συνιστά εγχείρημα από τον οργανισμό μίας αντίδρασης προσαρμογής στις συνθήκες του περιβάλλοντος, άλλοτε περισσότερο, άλλοτε λιγότερο επιτυχημένης και κάποιες φορές στ' αλήθεια καθόλου λειτουργικής.

Είναι πολλά τα παραδείγματα που θα μπορούσα να αναφέρω που υποδεικνύουν την ισχύ αυτής της προσέγγισης, θα περιοριστώ όμως εδώ σε κάποια από αυτά. Όπως έλεγε ένας γνωστός Έλληνας Ψυχίατρος που ζούσε στην Ιταλία, ο Αθανάσιος Κουκόπουλος και άλλοι πριν από αυτόν, η κατάθλιψη στη διπολική διαταραχή είναι ενδεχομένως μία τέτοια η αντίδραση προσαρμογής του οργανισμού μετά από περιόδους υπομανίας ή μανίας, για να μπορέσει να ηρεμήσει και να ανακάμψει από την εξάντληση και την καταπόνηση που έχει

υποστεί στη διάρκεια του επεισοδίου της μανίας.

Είναι γνωστό επίσης στους Ψυχιάτρους ότι όταν ένας άνθρωπος αντιμετωπίζει ισχυρό οργανικό (παθολογικό) πρόβλημα, η ψυχική νόσος καλυτερεύει ή και εξαφανίζεται τελείως, για το χρονικό διάστημα που κρατά το πρόβλημα (μοιάζει σα να οργανώνεται ο οργανισμός για να αντιμετωπίσει καλύτερα το παθολογικό πρόβλημα), για να επιστρέψει εκ νέου (η ψυχική νόσος) μετέπειτα.

Οιθεραπευτές της οικογενειακής θεραπείας ασχολούνται με τη θεωρία του διπλού μηνύματος (double bind στη βιβλιογραφία), που επίσης σηματοδοτεί μία αντίδραση προσπάθειας προσαρμογής του ατόμου στο περιβάλλον του, (θα σχολιαστεί σε ανάλογο κεφάλαιο) και που αποτελεί τελικά ένα σημαντικό ψυχολογικό παράγοντα πρόκλησης ή σημαντικής συνεισφοράς στην πρόκληση της ψύχωσης.

Πάντα θα θυμάμαι την πρώτη μου ασθενή στην εξάσκηση της Ψυχιατρικής ειδικότητας στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής. Η κυρία αυτή, έπασχε από "παραληρητική διαταραχή". Είχε πλάσει ένα δικό της κόσμο, το παραλήρημα της.Μέσα σε αυτόν τον κόσμο ζούσε, μοιάζοντας σε εμάς που την είχαμε πρωτοσυναντήσει στην κλινική, σαν μία κυρία αρκετά παράξενη από τη μία, αλλάωστόσο πολύ νεανική από την άλλη (15 χρόνια μικρότερη από την ηλικία της -γύρω στα 70 τότε). Θεωρούσε ότι ήταν νεότερη απ' ότι ήταν, πιο επιτυχημένη, πιο αγαπητή απ' όλους, και πιο ευτυχισμένη.

Μέσα από την εντατική εξάμηνη θεραπεία στην κλινική οξέων, η συμπτωματολογία της μπήκε σε ύφεση. Όμως, ατυχώς για εκείνη, η θεραπεία ήταν "πολύ αποτελεσματική", με αποτέλεσμα να χάσει τελείως το παραλήρημα, που λειτουργούσε ως άμυνα στην πραγματικά μίζερη καθημερινότητά της, με αποτέλεσμα να αναπτύξει μετέπειτα διαφορετική ψυχική νόσο, κατάθλιψη αυτή τη φορά. Η κατάθλιψη αυτή δεν φαινόταν να ανταποκρίνεται στις θεραπευτικές μας προσπάθειες, με αποτέλεσμα να αποβιώσει λίγο αργότερα από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, έχοντας χάσει το παραλήρημα που λειτουργούσε ως άμυνα απέναντι σε μία καθημερινότητα που δεν κατάφερνε να αντιμετωπίσει επαρκώς.

Εξάλλου όλοι μας λίγο πολύ έχουμε ακούσει ότι ο ίδιος ο Δαρβίνος, ένας από τους πατέρες της σύγχρονης επιστήμης,μέσα από το έργο του υποστήριξε και τεκμηρίωσε την προσαρμογή ως μηχανισμό εξέλιξης και επιβίωσης των ειδών.

Ο κατάλογος που μπορώ να γράψω εδώ φυσικά θα μπορούσε να συνεχιστεί, νομίζω όμως ότι το μήνυμα μου είναι σαφές. Δεν νομίζω ότι θα καταφέρουμε να προβλέψουμε την ψυχική νόσο με δείκτες οποιουδήποτε τύπου, γιατί ο οργανισμός μας δεν έχει "πρόγραμμα" ψυχικής νόσου και οι όποιοι δείκτες ενδεχομένως να βρεθούν στο μέλλον θα είναι μάλλον αποτέλεσμα και όχι αιτία του προβλήματος. Η ψυχική νόσος είναι μία ερμηνεία δική μας και ένα λειτουργικό αποτέλεσμα αυτών που μας συμβαίνουν.

Η ψυχική νόσος "αναδύεται" από προγράμματα του οργανισμού μας τα οποία κινητοποιούνται και προσπαθούν να μας οδηγήσουν να προσαρμοστούμε σε αυτά που συμβαίνουν, πολλές φορές με αποτελέσματα που κρίνονται αποτυχημένα, γιατί δεν εξυπηρετούν τελικά το ίδιο το άτομο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πρόβλημα του παθολογικού άγχους είναι θεμελιώδες για την καθημερινότητά μας. Είναι ένα από τα βασικά προβλήματα των θεραπευόμενων μου και το συναντώ συνεχώς στο πεδίο της εργασίας μου. Είναι επίσης πρόβλημα που το βιώνουμε όλοι καθημερινά, με πάρα πολλές εκφάνσεις και παραλλαγές. Είναι αναρίθμητα τα βιβλία, τα άρθρα και και τα εγχειρίδια που έχουν γραφτεί γι' αυτό. Άλλα από αυτά είναι περισσότερο επιστημονικά, άλλα περισσότερο εκλαϊκευμένα και δοσμένα με απλούστερο τρόπο για να μπορεί ο καθένας να κατανοεί το άγχος και τις συνιστώσες του.

Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι η συστηματική (σε ιατρικό πλαίσιο), μελέτη του άγχους ως ξεχωριστής οντότητας, δεν πάει πολύ πίσω στο χρόνο. Μετρά λιγότερο ή περισσότερο γύρω στα σαράντα χρόνια, ενώ πολλές άλλες νοσολογικές οντότητες στην ψυχιατρική μετρούν ιστορία εκατοντάδων ή και χιλιάδων ετών. Αυτό είναι ένα γεγονός που με έχει προβληματίσει πάρα πολύ. Οι διαταραχές άγχους έχουν τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης ψυχικών διαταραχών. Πολλές φορές είναι χρόνιες, επιμένουν ή εμφανίζονται ξανά και ξανά.

Ωστόσο, αν συγκρίνει κανείς τα δεδομένα σε σχέση με άλλες ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή ή η σχιζοφρένεια θα τα βρει πολύ λιγότερα, λιγότερο δομημένα και επεξεργασμένα. Οι σημαντικότεροι λόγοι κατά τη γνώμη μου μπορεί να είναι δύο, αλλά με τελείως διαφορετική σημασία ο καθένας.

Ο πρώτος πιθανός λόγος είναι συμβατός με τη ▶

σύγχρονη Ψυχιατρική ταξινόμηση. Οι αγχώδεις διαταραχές δημιουργούν μία από τις πολλές ταξινομητικές κατηγορίες των Ψυχιατρικών συστημάτων και μάλιστα χωρίς να θεωρούνται τόσο διευρυμένες ή τόσο αξιόλογες ίσως, αφού αναφέρονται σε προβλήματα "μικρότερης ψυχιατρικής σημασίας και βαρύτητας". Οι Ψυχίατροι μεταξύ τους, συνήθως "μετριούνται" επιστημονικά με τις επιδόσεις τους σε πεδία όπως η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή και η κατάθλιψη, δηλαδή πεδία που συνιστούν τις "μείζονες ψυχοπαθολογίες". Εκεί είναι το περισσότερο ενδιαφέρον στην έρευνα, εκεί είναι ως επί το πλείστον το ενδιαφέρον της φαρμακοβιομηχανίας που αναζητά τις πιο αποτελεσματικές φαρμακευτικές λύσεις και θεραπείες.

Ο δεύτερος πιθανός λόγος που κάνει τις αγχώδεις διαταραχές να είναι υπομελετημένες και υποαξιολογημένες επιστημονικά (γιατί στην καθημερινότητα όλοι για το άγχος μας συζητούμε), υπονοεί μία τελείως διαφορετική αιτιολόγηση και κατάσταση και είναι τεράστιας σημασίας.

Η δεύτερη πιθανότητα είναι ότι οι αγχώδεις διαταραχές δεν έχουν γίνει το αντικείμενο τόσης μελέτης, γιατί αποτελούν το θεμέλιο πάνω στο οποίο αναπτύσσονται όλες οι άλλες ψυχικές διαταραχές, με μηχανισμούς οι οποίοι θα αναλυθούν και θα εξηγηθούν στη συνέχεια αυτού του βιβλίου. Με άλλα λόγια, το πρόβλημα του παθολογικού άγχους είναι κατ' έμε το θεμελιακό πρόβλημα της ανθρώπινης ψυχικής νόσου, πάνω στο οποίο αναπτύσσονται οι ποικίλες εκφάνσεις της ανθρώπινης ψυχοπαθολογίας μέσω διαφορετικών διαδρομών και μηχανισμών.

Η δική μου προσπάθεια αποτύπωσης της ανατομίας του άγχους εκφράζει μία δική μου εσωτερική ανάγκη. Πηγάζει από το ότι κατ' αρχάς θέλω να συστηματοποιήσω κάποια δεδομένα. Είναι τα δεδομένα που εντοπίζω, παρατηρώ και κατανοώ στην καθημερινή θεραπευτική μου πρακτική. Δεν αμφισβητώ ότι πολλές από τις παρατηρήσεις μου και τα συμπεράσματα μου έχουν επηρεαστεί σημαντικά από τις πηγές μου. Από τις σπουδές μου στη Ιατρική, από ψυχοθεραπευτικές απόψεις αυτής ή της άλλης σχολής (χρησιμοποιώ στοιχεία από τρεις βασικές ψυχοθεραπευτικές σχολές, την ψυχοδυναμική, τη γνωσιακή και τη συστημική-οικογενειακή ψυχοθεραπεία με σκοπό την απαρτίωση σημαντικών θέσεων και παρατηρήσεων τους), από τα διαβάσματα μου, από τα βιώματα μου. Παρόλα αυτά, κάποιος θα μπορούσε να υποστηρίξει ότι αυτό το βιβλίο σε κάποια σημεία του έχει μία προσέγγιση φαινομενολογική και δεν θα το αρνηθώ αυτό.

Με αυτή την καταγραφή νιώθω ότι αποτυπώνω και προσπαθώ να συστηματοποιήσω εδώ κάποια κομμάτια του άγχους που είναι θεμελιώδη, που δυνητικά μπορούν να επηρεάσουν πολύ το πως αντιλαμβανόμαστε τα πράγματα και ταυτόχρονα να επιδράσουν και να τροποποιήσουν το πως βιώνουμε την καθημερινότητά μας. Ένας λόγος λοιπόν γι' αυτό το έργο είναι η ανάγκη δημιουργίας ενός συστήματος με συνοχή και συνάφεια, που να μπορεί να το κατανοεί ο καθένας, είτε είναι ειδικός του πεδίου της Ψυχικής Υγείας, είτε αυτός που απλά επιθυμεί να κατανοήσει το άγχος του και να βελτιώσει την καθημερινότητά του.

Υπάρχει όμως και άλλος ένας σημαντικός λόγος. Τολμώ να πω, ότι εδώ, σε αυτό το βιβλίο, μπορεί να παρουσιάζονται και κάποιες πρωτότυπες ιδέες σχετικά με το πως λειτουργεί το άγχος. Επίσης, επιχειρούνται κάποιες υποθέσεις, συσχετίσεις εννοιών και περιγράφονται εργαλεία διαχείρισης άγχους που είναι εξίσου πρωτότυπα.

Την ισχύ αυτών των συσχετίσεων επιβεβαιώνει ο έλεγχος της πραγματικότητας μέσω των θεραπευόμενων μου (η βάση της επιβεβαίωσης μέσω πειράματος που χρησιμοποιεί η επιστήμη), μέσα από τη θεραπευτική ή ψυχοθεραπευτική μας επαφή. Έτσι, οι θεραπευόμενοι αποκτούν εργαλεία, για να κατανοούν αρχικά και να ανακουφίζουν στη συνέχεια τις δυσκολίες τους που πηγάζουν από το υπερβολικό του άγχος.

Θα ήθελα να τονίσω ότι κατανοώ βαθιά ότι η προσωπική γνώμη και η διατύπωση συσχετίσεων, με βάση τον τρόπο που γίνεται η σύγχρονη έρευνα έρχεται χαμηλά στην επιστημονική ιεράρχηση, από την άλλη πλευρά, κατά το παρελθόν είναι πολλές οι περιπτώσεις που η επιστημονική γνώμη που διατυπώθηκε αποτέλεσε βάση για περαιτέρω διερεύνηση ή έγινε η ίδια αντικείμενο έρευνας που επιβεβαίωσε τη γνώμη- υπόθεση.

Ο τρόπος (αντικείμενο και μεθοδολογία) που γίνεται η σύγχρονη έρευνα (την οποία έχω μελετήσει και παρακολουθήσει αρκετά), συχνά ***δε μου δίνει πραγματικά εργαλεία και πρακτικές απαντήσεις στο πεδίο της καθημερινότητας,*** εκεί που το πρόβλημα του θεραπευόμενου βρίσκεται απέναντι μου και δεν εμπεριέχεται σε καμία μελέτη και σε καμία ψυχιατρική οδηγία έγκριτων ψυχιατρικών σωματείων ή οργανισμών.

Σε αυτό το κενό ανεκπλήρωτης ανάγκης κινείται αυτό το σύγγραμμα και τέτοια προβλήματα θέλω να πραγματευτώ εδώ.

Ίσως ένα από τα σημαντικότερα σημεία στο ταξίδι της διερεύνησης του προβλήματος του άγχους είναι κάποιες θεραπευτικές υποθέσεις και ιδέες που μπορεί να έχουν αποτελέσει καταλύτη για όλα τα άλλα δεδομένα που αναδύονται και που θα αναπτυχθούν σε αυτό το βιβλίο. ***Για αυτές τις ιδέες θα πρέπει να ευχαριστήσω τους ασθενείς μου,*** οι οποίοι σε στιγμές κλειδιά των θεραπειών τους ουσιαστικά τις υπονόησαν μέσα στις αναφορές τους. Εγώ απλά ήμουν εκεί να τους δώσω προσοχή, να τις δανειστώ, να τις μελετήσω και να προσπαθήσω να τις ταξινομήσω.

Μία από αυτές τις ιδέες θα την αναφέρω εδώ. Θεωρώ ότι όλες οι διαταραχές άγχους μοιράζονται ένα κοινό και γενικό στο σκεπτικό χαρακτηριστικό. Θεωρώ ότι στο πρόβλημα του άγχους ενός ανθρώπου υπάρχει πάντα ένα φανερό και ένα κρυφό κομμάτι. Το φανερό κομμάτι το ξέρουν όλοι. Το ξέρει ο ασθενής, το ξέρει το περιβάλλον του, το ξέρει ο θεραπευτής, το ξέρει και η Ψυχιατρική, διότι του έχει δώσει ένα συγκεκριμένο όνομα, που μπορεί να είναι το όνομα μίας διαταραχής ή το όνομα ενός συνδρόμου.

Το κρυφό κομμάτι όμως του άγχους είναι πολύ πιο δύσκολο. Είναι καμουφλαρισμένο. Δεν το ξέρει ο θεραπευόμενος, δεν το ξέρει το περιβάλλον του, δεν το ξέρει ίσως ο θεραπευτής και σίγουρα δεν το ξέρει η Ψυχιατρική διότι δεν του έχει δώσει ακόμα κάποιο όνομα (αφού το όνομα που δίνει η Ψυχιατρική ταξινόμηση εστιάζει στην έκφραση του συμπτώματος του ασθενούς -τα ιατρικά σύνδρομα είναι αθροίσεις συμπτωμάτων τα οποία θα πρέπει να ανευρίσκονται μαζί- αυτά αναζητά ο γιατρός για να εντοπίσει μία συγκεκριμένη παθολογία).

Αυτό συμβαίνει, διότι το κρυφό κομμάτι του άγχους αφορά στον υποκείμενο μηχανισμό λειτουργίας του ατόμου και θεωρείται από το άτομο και τους γύρω ως δεδομένο και ενδεχομένως αποδεκτό σαν εφαλτήριο του συλλογισμού του ατόμου (αποτελεί όμως γνωσιακή στρέβλωση όπως λέει η συμπεριφορική θεραπεία ή είναι ένα δεδομένο με αληθοφάνεια, αλλά όχι πραγματικά αληθές, αφού δεν αντέχει σε προσεκτική κριτική και λογική επεξεργασία).

Το κρυφό κομμάτι συνιστά σημαντικό σημείο που συγκεντρώνει θεμελιώδεις λειτουργίες του ατόμου, μπορεί να μην είναι πρωτότυπο και μοναδικό, αλλά να το μοιράζονται και άλλαάτομα σαν αποδεκτό δεδομένο (εδώ υπονοούνται αποδεκτοί και θεμελιώδεις κανόνες/ηθικοί, λειτουργικοί, σχεσιακοί ή άλλοι/ για τη λειτουργία του ατόμου που θα αναφερθούν πολλές φορές σε αυτό το βιβλίο λόγω της σημασίας και της λειτουργίας τους στο άγχος). Για το συγκεκριμένο όμως άτομο αυτό το σημείο αποτελεί παράγοντα που το οδηγεί σε δυσρύθμιση και διαταραγμένη λειτουργία. Και αν αυτές οι παρατηρήσεις εδώ φαίνονται δυσνόητες και θεωρητικές, θα αναλυθούν στο βιβλίο αναλυτικά και με σαφήνεια μέσα από απλά παραδείγματα.

Αν ένας εξωτερικός παρατηρητής προσπαθήσει να εξετάσει την περίπτωση του άγχους με λίγα λόγια, θα μπορούσε να πει: ***το άγχος (στη νοητική του εκδήλωση) είναι μία αρνητική προσδοκία του ατόμου για το μέλλον.*** Γιατί δεν έχουν όμως όλοι το ίδιο άγχος; Μία εύκολη απάντηση αρχικά θα ήταν: Διότι δεν έχουν όλοι τον ίδιο βαθμό φανερής ή κρυφής αρνητικής προσδοκίας για το μέλλον!

Από τη στιγμή που το άγχος για ένα αρνητικό ενδεχόμενο μέλλον οδηγεί το άτομο στη δυσλειτουργία, (και γι' αυτό θα πάει στο Ψυχίατρο ή τον Ψυχολόγο) αυτομάτως υποδηλώνεται η ισχύς μίας από δύο υποπεριπτώσεων: Ή το άτομο αποδέχεται ότι δυσλειτουργεί ήδη και μάλλον αυτή η δυσλειτουργία έχει ξεκινήσει πολύ νωρίτερα ή ότι η επιδείνωση της δυσλειτουργίας είναι αυτή που θα οδηγήσει τον πάσχοντα στη θεραπεία. Στη δεύτερη περίπτωσηυπονοείται ότι οι αντιρροπιστικοί μηχανισμοί του ατόμου δεν πια είναι επαρκείς για να τα βγάλει πέρα.

Ένας άνθρωπος (αντίθετα ίσως με ότι πιστεύει) δεν μπορεί να αντέξει τα πάντα. Εκεί πολλές φορές θα βρεθεί η λύση στο πρόβλημα.

Εδώ ίσως να βοηθούσε μία μεταφορά για να κατανοήσουμε πως μπορεί να λειτουργεί η υπόθεση του άγχους σε εμάς. Ας φανταστούμε ένα υπόνομο σε μία κατωφέρεια. Όταν κάποιος πλένει το αμάξι του και τρέχουν τα νερά στην είσοδο του υπόνομου, προφανώς δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα, το άνοιγμα απορροφά τη ροή. Όμως το φθινόπωρο, με τα πρωτοβρόχια και τις ελαφρές βροχούλες, το άνοιγμα του υπονόμου δεν απορροφά όλο το νερό. Τι κάνει κανείς τότε; Καθαρίζει το άνοιγμα από τα χόρτα και τα σκουπίδια που μαζεύτηκαν το καλοκαίρι. Το χειμώνα όμως με τις δυνατές καταιγίδες, όσο και να καθαρίσει το άνοιγμα αντιμετωπίζειμεγάλη πλημμύρα. Εκεί ό,τι και να κάνει θα αντιμετωπίσει ένα δίλημμα. Ή θα έχει πλημμύρα σε κάποιες περιπτώσεις έντονων βροχοπτώσεων, με ότι καταστροφές αυτό μπορεί ▶

να επιφέρει ή θα πάρει τη μεγάλη απόφαση με έργα υποδομής να βελτιώσει το αποχετευτικό σύστημα και να το κάνει μεγαλύτερο ή/και αποδοτικότερο.

Έτσι μπορούμε να αντιληφθούμε το κρυφό κομμάτι του άγχους το οποίο πρέπει να διαγνώσουμε. Πρέπει δηλαδή να εντοπίσουμε εάν το πρόβλημα εκφράζεται με κάποιο παράγοντα που εμποδίζει τη λειτουργικότητα μας ή αν η λειτουργικότητα είναι εξ' αρχής περιορισμένη βάσει του τρόπου που λειτουργούμε και που μπορεί να θεωρούμε δεδομένο και αδιαπραγμάτευτο (όπως το να μην κάνουμε έργα υποδομής στο παράδειγμα της αποχέτευσης παραπάνω και να παραπονιόμαστε για τις καταστροφές μετέπειτα).

Η κρυφή μου προσδοκία είναι με αυτή την ανάλυση για το άγχος και τα συνοδά σε αυτό φαινόμενα, να δημιουργήσω μία πρακτική που να είναι απλή στην κατανόηση και κατανοητή στη χρήση, να περιέχει όμως τα εργαλεία που θα μπορέσουν να καλύψουν οποιεσδήποτε πολύπλοκες συσχετίσεις και παράξενες καταστάσεις που μπορεί να αντιμετωπίσει κανείς στην καθημερινότητά του.

Στο συγκεκριμένο κείμενο δεν έχω καταπιαστεί αναλυτικά με το ψυχωτικό άγχος, διότι δε νομίζω ότι θα εξυπηρετούσε τους σκοπούς του βιβλίου αυτού και μπορεί να έκανε πιο πολύπλοκα τα πράγματα, παρόλο που υπάρχουν ορισμένες περιστασιακές αναφορές σε αυτό. Οφείλω όμως να σας εκμυστηρευτώ κάτι που σε ορισμένους ειδικούς της Ψυχικής Υγείας μπορεί να φαίνεται αιρετικό ή ακόμα και εξωφρενικό, αφού είναι σε αντίθεση με τη γνώμη πολλών. Έχω την αίσθηση, ότι όλα τα είδη άγχους, συμπεριλαμβανομένου και του ψυχωτικού άγχους, αποτελούν κομμάτι ενός συνεχούς φάσματος (θα γίνει ένας σχετικός σχολιασμός σε αντίστοιχο κεφάλαιο).

Στην εργασία μου αυτή δε νιώθω την ανάγκη να είμαι αναλυτικός ως προς τις επιστημονικές μου αναφορές, ούτε ως προς την τεκμηρίωση κάθε πρότασης την οποία αποτυπώνω εδώ. Δε νιώθω επίσης την ανάγκη να κάνω αναφορές σε ετούτο ή τον άλλο επιστήμονα που προχώρησε τη συστημική σκέψη, την οποία σε σημαντικό βαθμό υιοθετώ ή τη θεραπεία της συμπεριφοράς στην οποία κάνω αναφορές και της οποίας χρησιμοποιώ επίσης ολόκληρα σκεπτικά. Το κείμενο αυτό δεν είναι ένα κείμενο που αποσκοπεί να κερδίσει ισχύ από προηγούμενες εργασίες. Δεν είναι ένα κείμενο επίσης με βασικό σκεπτικό να διαβαστεί αποκλειστικά από τους συνάδελφους μου του τομέα της Ψυχικής Υγείας. Το αντίθετο μάλιστα, θα μπορούσε να διαβαστεί από οποιονδήποτε ενδιαφέρεται να μάθει περισσότερα για ζητήματα που τον ταλαιπωρούν και πηγάζουν από το άγχος.

Δυστυχώς νιώθω ότι ο τρόπος που γράφονται τα σύγχρονα επιστημονικά κείμενα σε πολλές περιπτώσεις είναι σχεδόν κουραστικός. Νομίζω ότι υπερθεματίζουμε σε υπερβολικό βαθμό την αξία της τεκμηρίωσης, της αναφοράς για κάθε γραμμή κειμένου που γράφουμε σε κάποιον άλλο επιστήμονα που εργάστηκε επίσης στο θέμα που πραγματευόμαστε. Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο σε ένα επιστημονικό άρθρο λίγων σελίδων να υπάρχουν 100-150 βιβλιογραφικές αναφορές, χωρίς πάντα να υπάρχει σαφές όφελος, αφού μία άλλη εργασία με αντίθετα συμπεράσματα μπορεί εξίσου να έχει άλλες τόσες. Τελικά μέσα από αυτή τη διαδικασία χάνουμε τη σχέση με τον άνθρωπο, με τον ασθενή που είναι δίπλα μας, που ταλαιπωριέται και πάσχει.

Πάμπολες φορές, σημαντικές εργασίες ή σημαντικοί επιστήμονες όταν πραγματεύονται ένα θέμα, λόγο του τρόπου που λειτουργούν τα πράγματα, καταλήγουν σε δηλώσεις του τύπου,"για αυτό το θέμα χρειάζεται περαιτέρω τεκμηρίωση" ή "για εκείνο το θέμα κάποιος πρέπει να κάνει μία ακόλουθη εργασία". Έτσιενώ αυτά τα άρθρα έχουν επιστημονική αξία, δεν έχουν τόση πρακτική αξία, αφού τελικά δεν υπάρχει κάτι χρήσιμο το οποίο θα χρησιμοποιήσει κανείς ως μπούσουλα ή οδηγό σημείο στην καθημερινότητά του, είτε ως απλός καθημερινός άνθρωπος, είτε ως επιστήμονας του πεδίου της ψυχικής υγείας.

Η προσπάθεια μου λοιπόν έχει ως σκοπό να δημιουργήσει ένα σκελετό, μία υποδομή που να δίνει στοιχεία για οποιοδήποτε πρόβλημα άγχους και για οποιαδήποτε εκδήλωση άγχους, μέσα από συσχέτιση(όσο το δυνατόν) απλών εννοιών και κανόνων.

Κάποια στιγμή διάβαζα σε ένα σημαντικό ιατρικό διαδικτυακό τόπο, το Medscape, ένα άρθρο ενός καθηγητή Ψυχιατρικής σε έγκριτο Πανεπιστήμιο των ΗΠΑ για την αιτία της κατάθλιψης. Το άρθρο αυτό, πρότεινε, ότι μάλλον η αιτία της κατάθλιψης είναι μία μη ειδική εγκεφαλική φλεγμονή, παρά μία ειδική ψυχοπαθολογική κατάσταση. Αυτή είναι κατά τη γνώμη μου μία εξαιρετικά βλακώδης άποψη και επιθυμώ να διαχωρήσω τη θέση μου από τέτοιου είδους αντιλήψεις (διότι η φλεγμονή είναι σύμπτωμα, διαμεσολαβητής, όχι αιτία). Αυτό δε σημαίνει βέβαια ότι απορρίπτω τη βασισμένη σε αποδείξεις ιατρική πρακτική (evidence based therapy).

Απλά πιστεύω ότι κανείς δεν πρέπει να εμμένει

εκεί με επίμονο και άκαμπτο τρόπο. Εξάλλου, στη συντριπτική πλειοψηφία των δεδομένων των φαρμακολογικών θεραπειών για το άγχος, σύμφωνα με τη βασισμένη σε αποδείξεις ιατρική πρακτική, σπάνια υπάρχουν στοιχεία για χρονικά διαστήματα άνω του ενός ή ενάμισι έτους. Το πρόβλημα των αγχωδών διαταραχών συνήθως όμως είναι χρόνιο.

Η θεραπεία του ανθρώπου που εμφανίζει σημαντικό άγχος φέρει τις δικές της ιδιαίτερες προκλήσεις. Θα μπορούσε κανείς άραγε να υποστηρίξει ότι η θεραπεία του άγχους είναι από τις πιο δύσκολες θεραπείες της Ψυχιατρικής; Δεν προκρίνω τέτοιες τοποθετήσεις, αν και ορισμένοι αρέσκονται σε αυτές.

Η σχιζοφρένεια λόγω των εντυπωσιακών και καθηλωτικών της συμπτωμάτων έχει τραβήξει πάνω της σημαντικό κομμάτι των οικονομικών πόρων, αλλά και της ιατρικής έρευνας. Η διπολική διαταραχή επίσης αποτελεί κεντρικό στόχο των ψυχιατρικών συζητήσεων για τους ίδιους λόγους. Οι εξαρτήσεις από τις ναρκωτικές ουσίες απαιτούν πολυεπίπεδη θεραπεία και πολλές φορές όχι μόνο ατομικούς θεραπευτές, αλλά πολυκλαδικές θεραπευτικές ομάδες.

Από την άλλη πλευρά όμως, οι αγχώδεις διαταραχές έχουν τη μεγαλύτερη επικράτηση στον πληθυσμό και με τον καιρό έχουν σταδιακή επιβάρυνση αν μείνουν χωρίς θεραπεία. Τα αποτελέσματα τους δε, μπορεί να μειώσουν την λειτουργικότητα του ατόμου, τόσο όσο σε οποιαδήποτε από τις πολύ "σημαντικές" ψυχιατρικές διαταραχές. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι σημαντικές ψυχικές διαταραχές, έχουν όμως μία πολύ σημαντική διαφορά σε σχέση με όλα τα άλλα ψυχιατρικά προβλήματα.

Οι αγχώδεις διαταραχές μπορούν με την κατάλληλη θεραπεία (και μάλιστα όχι αποκλειστικά φαρμακολογική) και την κινητοποίηση του ασθενούς να θεραπευτούν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από άλλα πολύ σημαντικά ψυχολογικά ή ψυχιατρικά προβλήματα που μπορεί να ταλαιπωρούν τους ανθρώπους!

Σε αυτό το κείμενο η προσέγγιση λαμβάνει πάντα υπόψιν τα ιατρικά δεδομένα, ωστόσο δεν είναι "ιατροκεντρική". Ενώ οι ποικίλες εκδηλώσεις του άγχους έχουν διαφορές, δεν γίνεται ενδελεχής διαφοροποίηση τους, αναφορά των κριτηρίων τους ή αναφορά σε ποσοστά της εκδήλωσής τους. Δεν είναι σημαντικός σκοπόςνα μάθει κανείς το ποσοστό επί τοις εκατό της εμφάνισης κρίσεων πανικού στη ζωή ενός ανθρώπου, την πρόγνωση του κοινωνικού άγχους ή τις συννοσηρότητες που εμφανίζονται μεταξύ αγχωδών και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών, γιατί αυτό δεν θεωρώ ότι μπορεί να τον βοηθήσει να έχει μία καλύτερη καθημερινότητα.

Αυτά όλα μπορεί να τα βρει κανείς σε οποιοδήποτε εγχειρίδιο Ψυχιατρικής. Ωστόσο, γίνονται κάποιες αναφορές κατά περίπτωση, ανάλογα με το αν κρίνεται απαραίτητο αυτό ή όχι. Εδώ, το άγχος προσεγγίζεται σαν μία οντότητα που αναλύεται με βάση διαδικασίες, μηχανισμούς, λειτουργίες και νοηματοδοτήσεις.

Προς το παρόν είναι διαθέσιμο σε ηλεκτρονική μορφή μέσω του applebookstore.

http://books.apple.com/us/book/id1585249967

Στο επόμενο χρονικό διάστημα θα είναι διαθέσιμο και σε έντυπη μορφή η παραγγελία του οποίου θα μπορεί να γίνει μέσα από τον ιστότοπο:

www.psychiatriki.com ■

Οδηγίες ΕΟΔΥ για τον κορωνοϊό SARS-COV-2

Οδηγίες για επαγγελματίες υγείας και χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας

- Θεραπευτικός αλγόριθμος ασθενούς με Covid-19, λοίμωξη στο νοσοκομείο
- Αντιμετώπιση επιβεβαιωμένου κρούσματος Covid-19 εκτός νοσοκομείου
- Αντιιϊκά φάρμακα και θεραπεία ασθενών με λοίμωξη από το νέο κορωνοϊό SARS-CoV-2
- Οδηγίες για ιδιώτες ιατρούς
- Δελτίο καταγραφής συμπτωμάτων προσωπικού με πιθανή έκθεση στο νέο κορωνοϊό ανά ημέρα παρακολούθησης (έως 14 ημέρες μετά την τελευταία έκθεση)
- Εκτίμηση κινδύνου και διαχείριση εγκύου με πιθανή ή επιβεβαιωμένη λοίμωξη από το νέο κορωνοϊό SARS-CoV-2 στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
- Κριτήρια για εργαστηριακό έλεγχο
- Εκτίμηση κινδύνου και διαχείριση προσωπικού υπηρεσιών υγείας με πιθανή έκθεση σε επιβεβαιωμένο κρούσμα λοίμωξης Covid-19 σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας
- Οδηγίες για την εργαστηριακή διερεύνηση για το νέο κορωνοϊό SARS-CoV-2
- Ορισμοί κρούσματος Covid-19 και «επαφών» κρούσματος Covid-19
- Εφαρμογή μέτρων ατομικής προστασίας
- Καθορισμός ομάδων αυξημένου κινδύνου για σοβαρή λοίμωξη Covid-19
- Συστηνόμενος εξοπλισμός ατομικής προστασίας κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19, ανάλογα με το χώρο, την κατηγορία του προσωπικού και τον τύπο της δραστηριότητας
- Συστηνόμενος εξοπλισμός ατομικής προστασίας κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19, ανάλογα με το χώρο παροχής υγείας και το πλαίσιο εργασία
- Covid-19 –εξοπλισμός ατομικής προστασίας (ΕΑΠ)
- Οδηγίες εφαρμογής απλής χειρουργικής μάσκας
- Οδηγίες ένδυσης και αφαίρεσης του ατομικού εξοπλισμού προστασίας
- Διαχείριση των επαφών ασθενών με λοίμωξη Covid-19
- Μέτρα για την προφύλαξη νοσηλευόμενων ασθενών που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες
- Οδηγίες για τον καθαρισμό και την απολύμανση του περιβάλλοντος χώρων παροχής υπηρεσιών υγείας που έχουν εκτεθεί στον ιό SARS-CoV-2
- Οδηγίες για χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας
- Καταγραφή ετοιμότητας χώρων παροχής υπηρεσιών υγείας
- Κατάλογος προσωπικού υπηρεσιών υγείας με πιθανή έκθεση σε επιβεβαιωμένο κρούσμα λοίμωξης Covid-19 στο χώρο εργασίας
- Εγκυμοσύνη και λοίμωξη από το νέο κορωνοϊό SARS-CoV-2 | ερωτήσεις – απαντήσεις
- Οδηγίες για τη διαχείριση εγκύων με πιθανή ή επιβεβαιωμένη λοίμωξη Covid-19
- Οδηγίες για τον περιορισμό της μετάδοσης covid-19 σε μονάδες τεχνητού νεφρού
- Μέτρα πρόληψης και ελέγχου κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19 σε μονάδες αιμοκάθαρσης – ΜΤΝ
- Οδηγίες για την έξοδο από το νοσοκομείο και για τη διακοπή των προφυλάξεων έναντι μετάδοσης ασθενών με Covid-19 που νοσηλεύονται ή παραμένουν για φροντίδα κατ' οίκων
- Άρση απομόνωσης και προφυλάξεων για επιστροφή στην εργασία προσωπικού υπηρεσιών υγείας που νόσησε ή εκτέθηκε στο νέο κορωνοϊό SARS-CoV-2
- Οδηγίες για ιδρύματα χρονίως πασχόντων και μονάδες φιλοξενίας ηλικιωμένων
- Οδηγίες για την πρόληψη της διασποράς Covid-19 σε κλειστές δομές και δομές φιλοξενίας
- Κρατώντας τον κορωνοίο μακριά από τις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων οδηγίες καθημερινής πρακτικής
- Οδηγίες για τη διαχείριση νεκρών σωμάτων
- Υγιεινή των χεριών
- Οδηγίες προς τα εργαστήρια που εξετάζουν δείγματα Covid-19

Για τις παραπάνω υποενότητες μπορείτε να μεταβείτε στο site του ΕΟΔΥ: **www.eody.gr**

Άμεση δήλωση του περιστατικού στον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (τηλ. **2105212000**)

adelco

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ: **LIOVITAL**

ΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

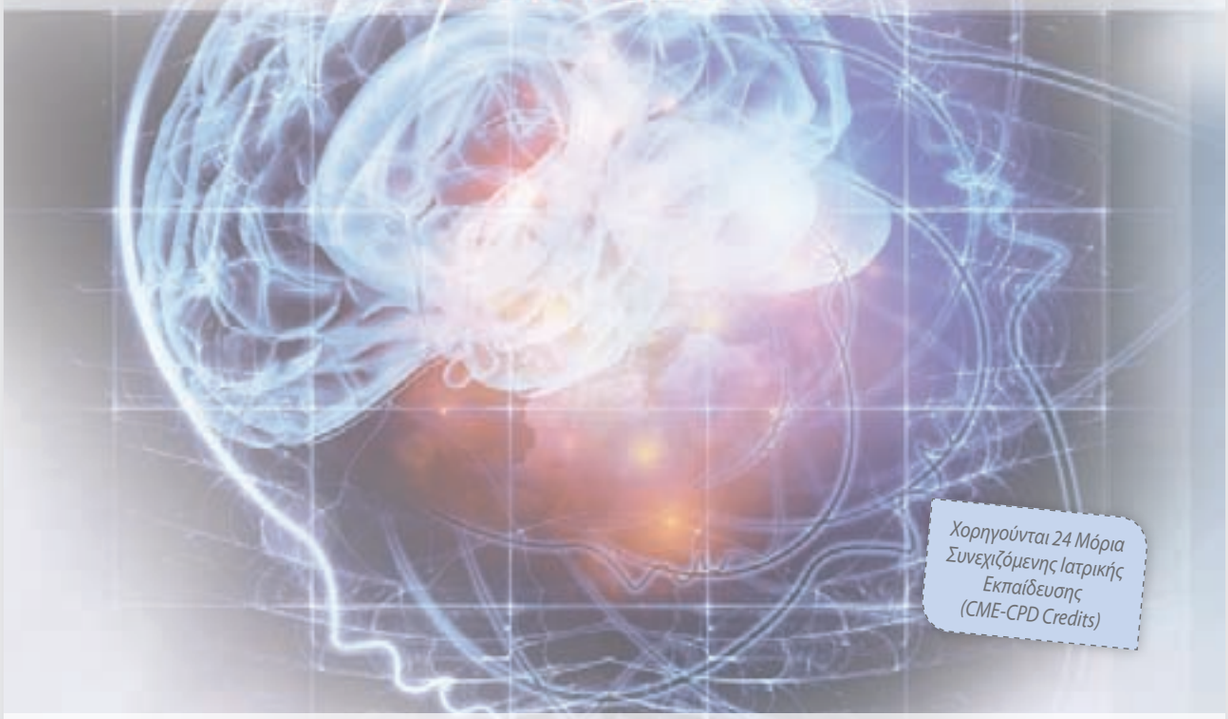
3ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

Η Ψυχική Υγεία σε ένα Μεταβαλλόμενο Περιβάλλον.
Προκλήσεις - Δράσεις - Προοπτικές

17-19 Δεκεμβρίου 2021

Web Scientific Event



Χορηγούνται 24 Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (CME-CPD Credits)

Π Ρ Ο Γ Ρ Α Μ Μ Α

www. psychiatrists.gr

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΕΝΩΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

Πρόεδρος: **Αχιλλέας Οικονόμου**

Μέλη: **Απατάγγελος Δημήτριος**
Βαβλάς Αλέξανδρος
Γκίκας Πασχάλης
Δημητριάδης Γεώργιος
Καλοδίκη Βιργινία Φαμπιόλα
Καραμπουτάκης Γεώργιος
Καρζής Αντώνιος
Κλείσας Σπυρίδων
Μακρής Ιωάννης
Μπάρας Σπυρίδων
Πάγκαλος Γεώργιος
Παπακωνσταντίνου Αναστάσιος
Φουτούλη Μαριάννα
Χιώτης Ιωάννης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Candills Philip
Xenakis Stephen
Αλεβιζόπουλος Γεώργιος
Αντωνίνης Ευάγγελος
Απατάγγελος Δημήτριος
Αττιλάκος Γεώργιος
Βαβλάς Αλέξανδρος
Βασιλόπουλος Παναγιώτης
Βερεντζιώτη Αναστασία
Γαρουφαλλή Βασιλική
Γκίκας Πασχάλης
Γοργόλη Δήμητρα
Δημητρακόπουλος Στέφανος
Δημητριάδης Γεώργιος
Διακουμοπούλου Αναστασία
Δράκος Δημήτριος
Θεοδωρακοπούλου Ιωάννα
Θεοδώρου Σοφία
Καλημέρης Σπυρίδων
Καλησπεράκης Μανώλης
Καλοδίκη Βιργινία Φαμπιόλα
Καμπούρη Ειρήνη
Κανάκης Γεώργιος
Καραμπουτάκης Γεώργιος
Καραουλάνης Σωκράτης
Καρζής Αντώνιος
Κλείσας Σπυρίδων
Κόντης Δημήτριος
Κοτρώνης Κωνσταντίνος
Κοτρώτσου Ειρήνη
Κώτσης Κωνσταντίνος
Λέκκος Πέτρος
Μακαρούνης Κωνσταντίνος
Μακρής Ιωάννης
Μανούρας Αθανάσιος
Μαρκάκη Λίλιαν
Μητρόπουλος Γεώργιος
Μικελλίδης Γεώργιος
Μιχαλάκης Κώστας
Μούγιας Αντώνιος
Μπάρας Σπυρίδων
Μπασαγιάννη Φωτεινή
Μπέλας Ιωάννης
Μπονώτης Κωνσταντίνος
Μπουλογεώργου Μυρτώ
Μπουρδάκης Αδαμάντιος
Μπουρούσας Δημήτριος
Μωρόγιαννης Φώτιος
Οικονόμου Αχιλλέας
Ορφανάκη Τόνια
Πάγκαλος Γεώργιος
Παπαδόπουλος Σπύρος
Παπακωνσταντίνου Αναστάσιος
Παππάς Δημήτριος
Παρασκευοπούλου Αγγελική
Σκαπινάκης Πέτρος
Στριγγάρης Αργύρης
Σμυρνή Ιωάννα
Τζανακάρη Αναστασία
Τσακίρη Αναστασία
Τσιπουρίδης Αλέξανδρος
Φουντουλάκης Κωνσταντίνος
Φουτούλη Μαριάννα
Χατζημανώλης Πυθαγόρας
Χιώτης Ιωάννης
Χριστοφοράτου Νίκη
Χρούσος Γεώργιος
Ωρολογάς Αναστάσιος

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή 17 Δεκεμβρίου 2021

09.30-11.30 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ
ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΑΠΕΡΧΟΜΕΝΟΥ ΔΣ
ΣΥΖΗΤΗΣΗ
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΚΛΟΓΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΙΩΝ

11.30-17.30 ΕΚΛΟΓΕΣ

11.30-13.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Προεδρείο: **Αχιλλέας Οικονόμου, Βαβλάς Αλέξανδρος**

Ψυχολογική διαχείριση του χειρουργικού ασθενούς - πρέπει να χειρουργηθώ, και τώρα τι;
Αλέξανδρος Βαβλάς

Το burnout στους γιατρούς
Φωτεινή Μπασαγιάννη

Χρήση ουσιών και κατάχρηση αλκοόλ στην ιατρική κοινότητα. «Εσείς πίνετε γιατρέ;»
Σπύρος Παπαδόπουλος

Η ψυχολογία της πλαστικής χειρουργικής και των πλαστικών επεμβάσεων: Η εργασιακή καθημερινότητα
Ευάγγελος Αντωνίνης

13.00-14.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ. ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΟΠΤΙΚΗ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΟΝΙΑΣ

Προεδρείο: **Βιργινία Φαμπιόλα Καλοδίκη, Αντώνης Καρζής**

Η εμπειρία από το Κ.Η. Αργοστολίου
Βιργινία Φαμπιόλα Καλοδίκη

Η εμπειρία από το ΚΨΥ Αργοστολίου τμήμα ενηλίκων
Νίκη Χριστοφοράτου

Η εμπειρία από το ΚΨΥ Αργοστολίου-τμήμα παιδοψυχιατρικό
Τόνια Ορφανάκη

14.30-15.00 Διάλειμμα

15.00-16.00 ΔΙΑΛΕΞΗ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΜΑΤΙΕΣ ΣΤΗ ΝΕΟΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΟΙΗΣΗ

Προεδρείο: **Φώτιος Μωρόγιαννης**
Ομιλητής: **Αχιλλέας Οικονόμου**

16.00-17.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Προεδρείο: **Κωνσταντίνος Μπονώτης, Σπυρίδων Κλείσας**

Συναισθηματικές διαταραχές προσφύγων γυναικών
Σωκράτης Καραουλάνης

rTMS μια θεραπευτική επιλογή για την κατάθλιψη
Σπύρος Καλημέρης

Ανθεκτική κατάθλιψη
Κωνσταντίνος Μπονώτης

17.30-18.30 ΔΙΑΛΕΞΗ

ΔΙΑΘΕΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ: ΓΙΑΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΑΙ ΠΩΣ ΤΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕ

Προεδρείο: **Κωνσταντίνος Κώτσης**
Ομιλητής: **Αργύρης Στριγγάρης**

Παρασκευή 17 Δεκεμβρίου 2021

18.30-20.00 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Προεδρείο: **Αχιλλέας Οικονόμου**
Συντονιστής: **Αιμίλιος Νεγκής**
Συμμετέχουν: **Δημήτριος Κόντης, Πέτρος Σκαπινάκης, Κωνσταντίνος Φουντουλάκης, Αθανάσιος Εξαδάκτυλος, Ζωή Ράπτη**

20.00-21.00 ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Παπακωνσταντίνου Αναστάσιος**

Γενετική και Επιγενετική στην Ψυχιατρική
Δρ Χρούσος, Π. Γεώργιος

Σάββατο 18 Δεκεμβρίου 2021

09.30-11.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

MEDICAL DEVICES: ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ;

Προεδρείο: **Μπονώτης Κωνσταντίνος, Γκίκας Πασχάλης**

rTMS – Νεώτερα δεδομένα
Πασχάλης Γκίκας

rTMS - Εφαρμογή στους εφήβους
Τσακίρη Αναστασία

Η κλινική χρήση του rTMS στην Κύπρο
Δρ. Γιώργος Μικελλίδης

11.00-12.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

COVID-19 : Η ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΣΤΗ ΠΡΩΤΗ ΓΡΑΜΜΗ

Προεδρείο: **Ιωάννης Βασιλειάδης**

Η επιδημιολόγια της κρίσιμης COVID-19 στην Ελλάδα
Ποντίκης Κωστής

Η επίδραση της COVID-19 στους επαγγελματίες υγείας της πρώτης γραμμής
Κυριακούδη Αννα

Κρίσιμη COVID-19 : Η διαχείρηση της οικογένειας
Ρωμανού Βάσω

Long COVID-19
Ροβίνα Νικολέττα

12.00-12.30 Διάλειμμα

12.30-13.00 ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ (INNOVIS)

Προεδρείο: **Αχιλλέας Οικονόμου**

Η χρήση της τραζοδόνης στη θεραπεία της κατάθλιψης
Δημητριάδης Γεώργιος

13.00-13.15 Διάλειμμα

13.15-14.45 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ: ΑΠΟ ΤΟ Α (ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ) ΣΤΟ Ω (ΘΕΡΑΠΕΙΑ)

Προεδρείο: **Δημήτρης Κόντης**

Η διάγνωση και η επιδημιολογία της σχιζοφρένειας
Ηλίας Τσούτσος

Η αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας
Φάνης Κωστάκης

Θεραπεία της Σχιζοφρένειας: Νεότερα Δεδομένα
Δημήτρης Κόντης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σάββατο 18 Δεκεμβρίου 2021

14.45-15.00 Διάλειμμα

15.00-16.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ALZHEIMER ΣΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΚΕΝΤΡΟ

Προεδρείο: **Αντώνης Μούγιας, Αναστασία Διακουμοπούλου**

Υπηρεσίες για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της άνοιας σε ένα Κέντρο Ημέρας
Μούγιας Αντώνης

Κλινική εικόνα και φαρμακευτική αντιμετώπιση της άνοιας
Βασιλόπουλος Παναγιώτης

Κατάθλιψη και επιβάρυνση φροντιστών ασθενών με άνοια
Κοτρώτσου Ειρήνη

Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση των διαταραχών συμπεριφοράς στο πλαίσιο της άνοιας
Σμυρνή Ιωάννα

16.30-17.00 Διάλειμμα

17.00-18.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ

Προεδρείο: **Αχιλλέας Οικονόμου, Λίλιαν Μαρκάκη**

Ποιον παχύσαρκο ασθενή που παρακολουθεί ο ψυχίατρος θα παραπέμψει στον ειδικό στις μεταβολικές παθήσεις ιατρό (διαβητολόγο ή ενδοκρινολόγο);
Αδαμάντιος Μπουρδάκης

Ο ρόλος του Γενικού Οικογενειακού Ιατρού στη διαχείριση της κατάθλιψης στην κοινότητα
Αθανασία Τζανακάρη

Ψυχιατρικά ζητήματα στο γυναικολογικό ιατρείο
Κωνσταντίνος Κοτρώνης

18.30-19.30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Αλεβιζόπουλος Γεώργιος**

Precision and Personalized Psychiatry (3P) in the management of Bipolar disorder: Data landscape and decision-making
Φουντουλάκης Κωνσταντίνος

19.30-20.30 ΟΡΘΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ VOL II

Προεδρείο: **Αλεβιζόπουλος Γεώργιος, Καραμπουτάκης Γ.**

20.30-21.30 ΣΥΝΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΕΝΕΨΕ-ΗΑΡΑ

Προεδρείο: **Γ. Καραμπουτάκης - Philip Candilis**

Introduction to Psychedelic Assisted Therapies
Stephen Xenakis

Κυριακή 19 Δεκεμβρίου 2021

09.30-11.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΕΞΕΡΕΥΝΩΝΤΑΣ ΤΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΟΡΙΑ ΤΗΣ ΟΡΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Προεδρείο: **Γεώργιος Κιοστεράκης, Δημήτριος Παππάς**

Σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας
Αχιλλέας Οικονόμου

Οριακή διαταραχή προσωπικότητας: Ποια η θέση της φαρμακευτικής αγωγής
Δημήτρης Παππάς

Η ψυχοθεραπεία στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Ερευνητικά δεδομένα και η προσέγγιση της θεραπείας σχημάτων
Γεώργιος Κιοστεράκης

Οριακή διαταραχή προσωπικότητας: Case studies
Πυθαγόρας Χατζημανώλης

Κυριακή 19 Δεκεμβρίου 2021

11.00-12.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

STATE OF THE ART ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ TRANS ΑΤΟΜΑ

Προεδρείο: **Πάγκαλος Γεώργιος, Παπακωνσταντίνου Αναστάσιος**

Ψυχική και Σεξουαλική Υγεία
Γεώργιος Πάγκαλος

Ορμονοθεραπεία
Γεώργιος Κανάκης

Χειρουργικές παρεμβάσεις
Δημήτριος Μπορούσας

12.00-14.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΟ Α ΩΣ ΤΟ Ω

Προεδρείο: **Πάγκαλος Γεώργιος, Γκίκας Πασχάλης**

Γονιμότητα και γενετήσια λειτουργία
Κωνσταντίνος Μακαρούνης

Ψυχοφαρμακολογία και υπογονιμότητα
Γεώργιος Πάγκαλος

Ο αντίκτυπος της υπογονιμότητας στο ζευγάρι. Ο ρόλος της ψυχοθεραπείας στο τραύμα και πένθος λόγω δυσκολιών αναπαραγωγής
Ιωάννα Θεοδωρακοπούλου

14.00-14.30 Διάλειμμα

14.30-16.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Ο ΓΡΙΦΟΣ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΨΥΧΩΣΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ. ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Προεδρείο: **Δημητρακόπουλος Στέφανος, Αχιλλέας Οικονόμου**

Ο διαγνωστικός γρίφος του 1ου ψυχωσικού επεισοδίου - Πορεία και πρόγνωση
Δημητρακόπουλος Στέφανος

Digital phenotyping: συσχέτιση με ψυχοπαθολογία και πρόληψη υποτροπών σε ασθενείς με ψύχωση
Καλησπεράκης Μανώλης

Θεραπευτική διαχείριση 1ου Ψυχωσικού επεισοδίου - Καινοτόμες προσεγγίσεις
Γαρυφαλλή Βασιλική

16.00-17.00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Μαρκάκη Λίλιαν**

Η Ψυχιατρική Εμπειρία στον Ιδιωτικό Τομέα: Μοναξιά, Αυθαιρεσία, Τόλμη!
Φώτιος Μωρόγιαννης

ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΙ

IASIS PHARMA

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ: **MAG-IASIS**

TASIS PHARMA

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ: **ZALEPIN**

BIANEΞ A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ: **KETIPINE**