



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**Γενική Δ/ση Εσωτερικής Λειτουργίας**  
**Δ/ση Ανθρώπινου Δυναμικού**  
**Τμήμα Συλλογικών Οργάνων και Επιτροπών**  
**Γραμματεία Περιφερειακού Συμβουλίου Αττικής**  
 Ταχ.Δ/ση : Λεωφ. Συγγρού 15-17  
 Ταχ. Κωδ. : 117 43 Αθήνα  
 Τηλ.: 213-2063532, 536, 775  
 fax : 213 2063533  
 e-mail : ssona@patt.gov.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

### Συνεδρίαση 11<sup>η</sup>

### ΑΠΟΦΑΣΗ υπ' αριθμ. 117/2019

Σήμερα 23/4/2019 ημέρα Μ. Τρίτη και ώρα 15:30 συνήλθαν σε τακτική συνεδρίαση, που πραγματοποιήθηκε στο αμφιθέατρο του Υπουργείου Υποδομών και Μεταφορών (Αναστάσεως 2 και Τσιγάντε, Παπάγου-Χολαργού), τα μέλη του Περιφερειακού Συμβουλίου της Περιφέρειας Αττικής, κατόπιν της υπ' αριθμ. πρωτ. 118007/17-4-2019 πρόσκλησης του Προέδρου κ. Θεόδωρου Σχινά, που κοινοποιήθηκε νόμιμα, στις 17-4-2019, στην Περιφερειάρχη Αττικής, σε καθένα από τους Αντιπεριφερειάρχες καθώς και σε καθένα από τους Περιφερειακούς Συμβούλους.

### Θέμα 2<sup>ο</sup> Η.Δ.

Έγκριση σκοπιμότητας, σύναψης και όρων σχεδίου προγραμματικής σύμβασης μεταξύ της Περιφέρειας Αττικής και του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Ε.Κ.Π.Α.) για την υλοποίηση του προγράμματος με τίτλο: «Πρόγραμμα προαγωγής ψυχικής υγείας σε ευπαθείς πληθυσμούς» συνολικού προϋπολογισμού 1.686.658,33 € (με ΦΠΑ).

Διαπιστώθηκε η απαρτία, με σύνολο εβδομήντα πέντε (75) παρόντων επί συνόλου εκατόν ένα (101) Περιφερειακών Συμβούλων, κατά την έναρξη της συνεδρίασης ενώ οι παρόντες και απόντες στη συζήτηση του συγκεκριμένου θέματος έχουν ως εξής:

### Παρόντες:

Οι Αντιπεριφερειάρχες Αττικής κ.κ. Κυπριανίδου Ερμιόνη (Ερμίνα), Κορωναίου – Καμπά Σοφία, Τζόκας Σπυρίδων, Γαβρίλης Γεώργιος, Φιλίππου Πέτρος, Βασιλείου Ιωάννης.

Ο Πρόεδρος κ. Σχινάς Θεόδωρος  
 Ο Αντιπρόεδρος κ. Σμέρος Ιωάννης  
 Ο Γραμματέας κ. Βλάχος Γεώργιος

Τα μέλη του Π.Σ. κ.κ.:

Αγγελάκη Δήμητρα, Αγγελονίδη Χρηστίνα, Αγγελόπουλος Θεόδωρος, Αδαμοπούλου – Κουτσογιάννη Αικατερίνη, Αθανασιάδης Παναγιώτης, Αλεβιζόπουλος Γεώργιος, Αλεξίου Αθανάσιος, Αναγνωστόπουλος Αθανάσιος (Νάσος), Αναγνωστοπούλου Μαργαρίτα, Αναλογίδου Μαρία - Καλλιόπη, Αποστολάκη Ευαγγελία, Βασιλάκη Άννα, Βασιλοπούλου Κυριακούλα (Κορίνα), Βλάχος Κωνσταντίνος, Βρούστης Αριστείδης, Βρύνα Φωτεινή, Δαμιανός Πέτρος, Δανάκος Χριστόφορος, Δανέζη – Λούρα Αναστασία (Σίσσυ), Δανιά Νικολέττα, Δημοπούλου Ελένη, Δήμου Σταυρούλα, Ευαγγελίου Παρασκευάς (Πάρης), Ευσταθιάδης Μιλτιάδης, Ζαφειρίου Ελένη, Ζαχαριάδης Κωνσταντίνος, Ζωγραφάκη -Τελεμέ Ελένη, Θεοχάρη Αικατερίνη (Καίτη), Καραμάνος Χρήστος, Καράμπελας Κωνσταντίνος, Καστανιάς Νικόλαος, Κορδής Νεκτάριος, Κοροβέσης Στυλιανός, Κρητικού Αικατερίνη (Κατερίνα), Κωστόπουλος Νικόλαος, Λάσκαρη - Κρασσπούλου Βασιλική, Λεβέντη Αγγελική, Μανουσογιαννάκης Ιωάννης, Μαντάς Ασημάκης (Μάκης), Μαραβέλιας Δημήτριος, Μεθυμάκη Άννα, Μεταξά Ειρήνη, Μοίρας Ιωάννης, Μουλιανάκης Περικλής, Μπαλάφας Γεώργιος, Μπαρμπούρης Ευάγγελος, Νερούτσου Μαρία, Νικηταρά Φωτεινή, Νικολιδάκη Φλωρεντία (Φλώρα), Παλιού Αικατερίνη, Παναγιώταρος Ηλίας, Πανταζή Σταματία (Ματίνα), Πάντζας Σπυρίδων, Παππά Παναγιώτα, Πελέκης Ζαχαρίας, Σαπουνά Αγγελική (Αγγέλικα), Σγουρός Ιωάννης, Σταυροπούλου Καλλιόπη, Στεργίου Ιωάννα, Στεφανοπούλου Αναστασία, Σωτηροπούλου Ελένη, Τασούλη- Γεωργιάδου Ελισσάβετ, Τζήμερος Γλαύκος - Αθανάσιος, Τζίβα Αιμιλία, Τουτουντζή Παρασκευή (Βούλα), Τσουπρά Ιωάννα, Φαρμάκης Ταξιάρχης, Φωτόπουλος Ανδρέας, Χρήστου - Γερμενή Ευγενία, Χριστάκη Μαρία, Χρυσικός Φώτιος, Ψαραδέλης Κωνσταντίνος.

#### Απόντες:

Η Περιφερειάρχης Αττικής κ. Δούρου Ρένα.

Οι Αντιπεριφερειάρχες κ. Καπάτης Χρήστος και κ. Χατζηπέρος Παναγιώτης (Τάκης).

Τα μέλη του Π.Σ. κ.κ.:

Αδαμόπουλος Νικόλαος, Αποστολοπούλου Μαλάμω, Βάβουλα Αριστεά, Βέττα Καλλιόπη, Γαβράς Παναγιώτης, Γιάμαλη Αναστασία, Γιαννακάκη Μαρία, Γούλας Απόστολος, Δαμάσκος Χαράλαμπος (Χάρης), Δημάκος Δημήτριος, Ηλιόπουλος Αθανάσιος (Νάσος), Θανοπούλου Αικατερίνη, Καλογεράκος Κυριάκος, Καμάρας Παύλος, Κορομάντζος Βασίλειος, Κουκά Μαρίνα, Λαμπρίδου Μαρία, Μαντούβαλος Πέτρος, Μεγάλης Ιωάννης, Μπαλού Αλεξάνδρα, Πατσαβός Παναγιώτης, Πρωτονοτάριος Ιωάννης, Πρωτούλης Ιωάννης, Ραίκου Ζωή, Ροκοφύλλου Άννα, Τσαβαλιά Παρασκευή (Βιβή).

Χρέη υπηρεσιακών γραμματέων άσκησαν οι υπάλληλοι της Περιφέρειας Αττικής κ. Σωτηροπούλου Ευαγγελία και κ. Ζαλοκώστα Ευανθία - Αναστασία.

Ο Πρόεδρος του Περιφερειακού Συμβουλίου Αττικής κ. Θεόδωρος Σχινάς δίνει το λόγο στον Περιφερειακό Σύμβουλο κ. Φ. Χρυσικό ο οποίος θέτει υπ' όψιν του Περιφερειακού Συμβουλίου την υπ' αριθμ. πρωτ. 117576/17-4-2019 εισήγηση της Δ/σης Αναπτυξιακού Προγραμματισμού της Περιφέρειας Αττικής, που έχει σταλεί μαζί με την πρόσκληση και έχει ως εξής :

*Με βάση τις διατάξεις:*

1. Του άρθρου 100 του ν. 3852/2010 «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και Αποκεντρωμένης Διοίκησης-Πρόγραμμα Καλλικράτης» όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το άρθρο 179 του Ν. 4555/2018 (ΦΕΚ 133/Α'/19-7-2018).
2. Του ν. 4071/2012 «Ρυθμίσεις για την τοπική ανάπτυξη την αυτοδιοίκηση και την Αποκεντρωμένη Διοίκηση».
3. Του ν. 4412/2016 (Α' 147) «Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών (προσαρμογή στις Οδηγίες 2014/24/ΕΕ και 2014/25/ΕΕ)».
4. Του ν. 3861/2010 (Α' 112) «Ενίσχυση της διαφάνειας με την υποχρεωτική ανάρτηση νόμων και πράξεων των κυβερνητικών, διοικητικών και αυτοδιοικητικών οργάνων στο διαδίκτυο "Πρόγραμμα Διαύγεια" και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
5. Του ν. 4129/2013 (Α' 52) «Κύρωση του Κώδικα Νόμων για το Ελεγκτικό Συνέδριο», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
6. Του ν. 4270/2014 (Α' 143) «Αρχές δημοσιονομικής διαχείρισης και εποπτείας (ενσωμάτωση της Οδηγίας 2011/85/ΕΕ) – δημόσιο λογιστικό και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
7. Του ν. 4281/2014 (Α' 160) «Μέτρα στήριξης και ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας, οργανωτικά θέματα Υπουργείου Οικονομικών και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
8. Του ν. 4320/2015 (Α' 29), άρθρο 37 «Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικών Συμβάσεων»
9. Του Ν. 4009/2011 (ΦΕΚ 195/τ.Α/06-09-2011) «Δομή, λειτουργία, διασφάλιση της ποιότητας των σπουδών και διεθνοποίηση των ανωτάτων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.»
10. Του Ν. 4076/2012 (ΦΕΚ 159/τ.Α/10-08-2012) «Ρυθμίσεις θεμάτων Ανωτάτων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων και άλλες διατάξεις».
11. Της με αρ. ΣΙ 748/27.2.2015 Απόφαση του Συμβουλίου του Ε.Κ.Π.Α. «Έγκριση Πράξης Πρύτανη περί ορισμού Αναπληρωτών Πρύτανη του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, μεταβίβασης σε αυτούς αρμοδιοτήτων και καθορισμού της σειράς αναπλήρωσης Πρύτανη» (ΦΕΚ 314 Β'/6.3.2015).
12. Του Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας» κλπ.
13. Του Π.Δ. 432/1981 της 18.4/5-5-81 (ΦΕΚ 118/τ.Α/05-05-1981) «Περί συστάσεως Ειδικών Λογαριασμών αξιοποιήσεως κονδυλίων για την εκτέλεση ερευνητικών έργων στα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα της Χώρας»
14. Της με αριθμό 37419/13479/08-05-2018 (ΦΕΚ 1661/τ.Β'/11-05-2018) απόφασης του Συντονιστή Αποκεντρωμένης Διοίκησης Αττικής: «Έγκριση της 121/2018 απόφασης του Περιφερειακού Συμβουλίου Περιφέρειας Αττικής, περί τροποποίησης-επικαιροποίησης του Οργανισμού Εσωτερικής Υπηρεσίας της Περιφέρειας Αττικής».

και έχοντας υπόψη:

1. Την με αριθμό 347/2018 απόφαση του Περιφερειακού Συμβουλίου Αττικής με την οποία εγκρίθηκε το Πρόγραμμα Εκτελεστέων Έργων της Περιφέρειας Αττικής του έτους 2019 (ΑΔΑ: 6Ε3Δ7Λ7-ΔΛ7) όπου περιλαμβάνεται το παρόν πρόγραμμα.
2. Την με αριθμό 349/2018 απόφαση του Περιφερειακού Συμβουλίου Αττικής με την οποία εγκρίθηκε ο προϋπολογισμός της Περιφέρειας Αττικής οικονομικού έτους 2019 και ολοκληρωμένου πλαισίου δράσης 2019 και προβλέφθηκε η πίστωση έτους 2019 (ΑΔΑ: ΨΨΒΖ7Λ7-9ΚΧ)
3. Το υπ' αρ. 206/12-4-2019 έγγραφο της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ) με πρόταση για την υλοποίηση προγράμματος προαγωγής ψυχικής υγείας σε ευπαθείς πληθυσμούς.

4. Το υπ' αρ. 1819020746/1-2-2018 έγγραφο της Ιατρικής Σχολής/Σχολή Επιστημών Υγείας προς τη Σύγκλητο Πανεπιστημίου Αθηνών με την αποδοχή πρότασης συνεργασίας μεταξύ ΕΚΠΑ και Περιφέρειας Αττικής με τίτλο «ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ», της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.
5. Τη με αρ. πρωτ. 103270/11-4-2019 γνωμοδότηση από το Γραφείο Νομικής Υποστήριξης Περιφερειάρχη και Συλλογικών Οργάνων.

### **ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Αντικείμενο της παρούσας σύμβασης είναι η συνεργασία των συμβαλλομένων μερών για την υλοποίηση του προγράμματος με τίτλο: «**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ**» προϋπολογισμού 1.686.658,33 ευρώ (με ΦΠΑ).

Στις μέρες μας η ψυχιατρική νοσηρότητα και συν-νοσηρότητα είναι υψηλή και η γνώση της είναι απαραίτητη σε κάθε ιατρική ειδικότητα. Τουλάχιστον το 20-30% του γενικού πληθυσμού έχει εκδηλώσει ή θα εκδηλώσει κάποια ψυχική νόσο, ενώ το 50% των ασθενών οποιουδήποτε ιατρού εμφανίζει και ψυχική διαταραχή η οποία πολύ συχνά επηρεάζει τόσο τον τρόπο εκδήλωσης της «σωματικής» νόσου όσο και τη θεραπευτική διαδικασία.

Η Α' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική του ΕΚΠΑ εστιάζουσα στην έρευνα, στο δημόσιο όφελος και στην προαγωγή της επιστημονικής καινοτομίας θα υλοποιήσει το παρόν πρόγραμμα. Το πρόγραμμα θα υλοποιηθεί υπό την επίβλεψη του Δ/ντή Α' Ψυχιατρικής Κλινικής-Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Καθηγητή Χ.Χ. Παπαγεωργίου, ο οποίος θα είναι και ο επιστημονικός υπεύθυνος.

Αναφορικά με το δημόσιο όφελος, το πρόγραμμα στοχεύει στην υποστήριξη της προαγωγής και διάδοσης τεκμηριωμένων προγραμμάτων ψυχικής υγιεινής που καλύπτουν ευρύ φάσμα «ευαίσθητων» πληθυσμιακών ομάδων όπως:

- Ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής (ανορεκτικοί ασθενείς),
- Ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ανθεκτικοί στη θεραπεία,
- Ασθενείς με νευροαναπτυξιακές διαταραχές,
- Ασθενείς με Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) και συναφείς διαταραχές (Δυσμορφοβική Διαταραχή, Διαταραχή Παρασυσώρευσης),
- Ασθενείς σε οξεία φάση φορείς σοβαρών ψυχικών διαταραχών,
- Ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), μεταμοσχευθέντες, οικείοι και φροντιστές και οι Δότες Νεφρών.
- Πάσχοντες από Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες οφειλόμενη σε Φυσικές Καταστροφές

Επιπρόσθετα, στο πλαίσιο του προγράμματος θα εντοπιστούν και θα σταθμιστούν οι πιθανές επιπτώσεις της εκάστοτε ασθένειας στο ηθικό κρίνουν και τη λήψη αποφάσεων από μέρους των ασθενών, των οικείων και των φροντιστών, θα παραχθούν υπηρεσίες ψυχοεκπαίδευσης για ιατρούς, ασθενείς και οικείους φροντιστές και τέλος θα διερευνηθεί η στάση των πολιτών του λεκανοπεδίου Αττικής απέναντι στους πρόσφυγες με σκοπό την ευαισθητοποίηση και την κινητοποίηση για το προσφυγικό ζήτημα .

Στο πλαίσιο του προγράμματος εντάσσεται η εφαρμογή δράσεων που εστιάζουν:

1. Στην ψυχο-εκπαίδευση και υποστήριξη χρόνιων / σοβαρών σωματικών και ψυχικών νόσων.
2. Στη δημιουργία στρατηγικών πρόληψης και ορισμένες από τις πολύ συχνές και ιδιαιτέρως δαπανηρές για τη ζωή ψυχιατρικές οντότητες (όπως οι προαναφερόμενες).
3. Στη διάδοση των εγκύρων ενδείξεων αναφορικά με τη διαγνωστική και τη θεραπευτική αποτίμηση, αλλά και τη διαμόρφωση «μέσων» (κλινικών, ψυχομετρικών, ψυχοφυσιολογικών) για την αποτίμηση του ψυχικώς ευ-έχειν όπως και των συμπροσδιοριστικών παραγόντων (συμπληρωματικά με την αποτίμηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας) κατά την πορεία της ζωής.
4. Στην επιτάχυνση της ορθολογικής εφαρμογής των σύγχρονων διαγνωστικών και θεραπευτικών κατακτήσεων στην αποτελεσματική μέριμνα των ψυχική πασχόντων.
6. Στην ταυτοποίηση και εξέλιξη μεθόδων για την πρόληψη και έγκαιρη παρέμβαση στις στρεσογόνες συνθήκες ζωής όπως και των συνεπειών τους τόσο σε ατομικό όσο και συλλογικό επίπεδο.
7. Στην ενίσχυση της επίγνωσης της επίδρασης των κοινωνικών συντελεστών στη «σωματική» και «ψυχική» υγεία, καθώς και την ανάδειξη της σπουδαιότητας της ψυχικής υγείας ως διαμεσολαβητή στο κοινωνικό γίνεσθαι.

Αναφορικά με την έρευνα και την επιστημονική καινοτομία, το πρόγραμμα στοχεύει:

(α) Στην εφαρμογή προσεκτικά ελεγμένων νευροψυχολογικών δοκιμασιών που ανοίγουν το δρόμο παραγωγικής έρευνας των σχέσεων εγκέφαλου-συμπεριφοράς και ασφαλώς συνεπούς μελέτης θεμελιακών λειτουργιών του εγκεφάλου στις περιπτώσεις όπου το άτομο είναι εκτεθειμένο σε υπαρξιακά και κοινωνικά διλήμματα

(β) Στην δημιουργία πρωτότυπων υπολογιστικών «εργαλείων» για την επιτέλεση ή/και διευκόλυνση του ερευνητικού και θεραπευτικού έργου. Με το πέρας της παρούσας έρευνας τα εν λόγω «εργαλεία» θα αποτελέσουν μια νέα δεξαμενή θεραπευτικών και ερευνητικών μέσων, μια «εργαλειοθήκη» προσβάσιμη σε κάθε εγχώριο θεραπευτή και ερευνητή που θέλει να δραστηριοποιηθεί ιατρικά και επιστημονικά στη χώρα αλλά και διεθνώς.

(γ) Στην εμπλοκή νέων επιστημόνων με στόχο την εκπόνηση Διδακτορικής Διατριβής και στη συντεταγμένη αξιοποίηση του δυναμικού των υποψηφίων διδακτόρων και μεταδιδακτόρων που δι' αυτού του τρόπου δύναται να επενδύσουν και εξελίξουν το Επιστημονικό Δυναμικό τους και ασφαλώς να ανατροφοδοτήσουν το κοινωνικό σύνολο, ενώ διαμορφώνεται παράλληλα παραδειγματική συνθήκη αναστολής της «αιμορραγίας ανθρωπίνων εγκεφάλων» (brain drain) από την πατρίδα μας.

Αναλυτικά, οι δράσεις με τα παραδοτέα και το χρονοδιάγραμμα του προγράμματος «Πρόγραμμα προαγωγής ψυχικής υγείας σε ευπαθείς πληθυσμούς» παρουσιάζεται στην πρόταση της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ), η οποία και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του σχεδίου της προγραμματικής σύμβασης (Παράρτημα Ι).

Το πρόγραμμα θα υλοποιηθεί στη Α΄ Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και στην Νεφρολογική Κλινική του Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών και προβλέπεται να διαρκέσει τριάντα έξι (36) μήνες. Στο διάστημα αυτό, το Ε.Κ.Π.Α. υποχρεούται να έχει περαιώσει το σύνολο των δράσεων του προγράμματος.

Τη συνολική ευθύνη για την εκπόνηση του προγράμματος την έχει ο Επιστημονικός Υπεύθυνος του Προγράμματος.

Η παρακολούθηση και η παραλαβή του προγράμματος γίνεται από την Κοινή Επιτροπή Παρακολούθησης η οποία συστήνεται με εκπροσώπους της Περιφέρειας Αττικής και του ΕΚΠΑ.

Το πρόγραμμα θα χρηματοδοτηθεί από την Περιφέρεια Αττικής (Κ.Α.Ε. 9899.01.002) σύμφωνα με τους όρους της προγραμματικής σύμβασης.

**Μετά τα παραπάνω και λαμβάνοντας υπόψη ότι έπεται προσυμβατικός έλεγχος των όρων της προγραμματικής σύμβασης από το Ελεγκτικό Συνέδριο**

### **ΕΙΣΗΓΟΥΜΑΣΤΕ**

1. Την Έγκριση σκοπιμότητας, σύναψης και όρων σχεδίου προγραμματικής σύμβασης μεταξύ της Περιφέρειας Αττικής και του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Ε.Κ.Π.Α.) για την υλοποίηση του προγράμματος με τίτλο: **«ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ»** συνολικού προϋπολογισμού 1.686.658,33€
2. Τον ορισμό δύο μελών του Περιφερειακού Συμβουλίου, ένα εκ των οποίων να ορισθεί Πρόεδρος της Επιτροπής, καθώς και των νόμιμων αναπληρωτών τους για τη συμμετοχή τους στην Κοινή Επιτροπή Παρακολούθησης της Προγραμματικής Σύμβασης.

**Το Περιφερειακό Συμβούλιο Αττικής  
μετά από διαλογική συζήτηση μεταξύ των μελών του  
αποφασίζει κατά πλειοψηφία**

Α) Εγκρίνει τη σκοπιμότητα της σύναψης προγραμματικής σύμβασης μεταξύ της Περιφέρειας Αττικής και του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Ε.Κ.Π.Α.), για την υλοποίηση του προγράμματος με τίτλο: «Πρόγραμμα προαγωγής ψυχικής υγείας σε ευπαθείς πληθυσμούς», συνολικού προϋπολογισμού 1.686.658,33€ (συμπεριλαμβανομένου Φ.Π.Α.).

Βι) Εγκρίνει τη σύναψη και τους όρους του σχεδίου της προγραμματικής σύμβασης μεταξύ της Περιφέρειας Αττικής και του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Ε.Κ.Π.Α.), για την υλοποίηση του προγράμματος με τίτλο: «Πρόγραμμα προαγωγής ψυχικής υγείας σε ευπαθείς πληθυσμούς», συνολικού προϋπολογισμού 1.686.658,33€ (συμπεριλαμβανομένου Φ.Π.Α.), που έχει ως εξής:

«Στην Αθήνα σήμερα ....., ημέρα .....  
οι παρακάτω συμβαλλόμενοι:

1. Το Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία **«Περιφέρεια Αττικής»** (Ο.Τ.Α. β' βαθμού), που εδρεύει στην Αθήνα, Λ. Συγγρού 15-17 και εκπροσωπείται νόμιμα από την Περιφερειάρχη Αττικής **Ειρήνη Δούρου**
2. Το Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία **«Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών»**, (ΕΚΠΑ), που εδρεύει στην Αθήνα, Χρήστου Λαδά 6, Τ.Κ.: 10561 και εκπροσωπείται νόμιμα από τον Αναπληρωτή Πρύτανη Ερευνητικής Πολιτικής και Ανάπτυξης **Θωμά Σφηκόπουλο**

Με βάση τις διατάξεις:

1. Του άρθρου 100 του ν. 3852/2010 «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και Αποκεντρωμένης Διοίκησης-Πρόγραμμα Καλλικράτης» όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το άρθρο 179 του Ν. 4555/2018 (ΦΕΚ 133/Α'/19-7-2018).
2. Του ν. 4071/2012 «Ρυθμίσεις για την τοπική ανάπτυξη την αυτοδιοίκηση και την Αποκεντρωμένη Διοίκηση».
3. Του ν. 4412/2016 (Α' 147) «Δημόσιες Συμβάσεις Έργων, Προμηθειών και Υπηρεσιών (προσαρμογή στις Οδηγίες 2014/24/ΕΕ και 2014/25/ΕΕ)».
4. Του ν. 3861/2010 (Α' 112) «Ενίσχυση της διαφάνειας με την υποχρεωτική ανάρτηση νόμων και πράξεων των κυβερνητικών, διοικητικών και αυτοδιοικητικών οργάνων στο διαδίκτυο "Πρόγραμμα Διαύγεια" και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
5. Του ν. 4129/2013 (Α' 52) «Κύρωση του Κώδικα Νόμων για το Ελεγκτικό Συνέδριο», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
6. Του ν. 4270/2014 (Α' 143) «Αρχές δημοσιονομικής διαχείρισης και εποπτείας (ενσωμάτωση της Οδηγίας 2011/85/ΕΕ) – δημόσιο λογιστικό και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
7. Του ν. 4281/2014 (Α' 160) «Μέτρα στήριξης και ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας, οργανωτικά θέματα Υπουργείου Οικονομικών και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
8. Του ν. 4320/2015 (Α' 29), άρθρο 37 «Εθνικό Σύστημα Ηλεκτρονικών Συμβάσεων»
9. Του Ν. 4009/2011 (ΦΕΚ 195/τ.Α/06-09-2011) «Δομή, λειτουργία, διασφάλιση της ποιότητας των σπουδών και διεθνοποίηση των ανωτάτων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.»
10. Του Ν. 4076/2012 (ΦΕΚ 159/τ.Α/10-08-2012) «Ρυθμίσεις θεμάτων Ανωτάτων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων και άλλες διατάξεις».
11. Της με αρ. ΣΙ 748/27.2.2015 Απόφαση του Συμβουλίου του Ε.Κ.Π.Α. «Έγκριση Πράξης Πρύτανη περί ορισμού Αναπληρωτών Πρύτανη του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, μεταβίβασης σε αυτούς αρμοδιοτήτων και καθορισμού της σειράς αναπλήρωσης Πρύτανη» (ΦΕΚ 314 Β'/6.3.2015).
12. Του Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας» κλπ.
13. Του Π.Δ. 432/1981 της 18.4/5-5-81 (ΦΕΚ 118/τ.Α/05-05-1981) «Περί συστάσεως Ειδικών Λογαριασμών αξιοποιήσεως κονδυλίων για την εκτέλεση ερευνητικών έργων στα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα της Χώρας»
14. Της με αριθμό 37419/13479/08-05-2018 (ΦΕΚ 1661/τ.Β'/11-05-2018) απόφασης του Συντονιστή Αποκεντρωμένης Διοίκησης Αττικής: «Έγκριση της 121/2018 απόφασης του Περιφερειακού Συμβουλίου Περιφέρειας Αττικής, περί τροποποίησης-επικαιροποίησης του Οργανισμού Εσωτερικής Υπηρεσίας της Περιφέρειας Αττικής».

και έχοντας υπόψη:

1. Την με αριθμό 347/2018 απόφαση του Περιφερειακού Συμβουλίου Αττικής με την οποία εγκρίθηκε το Πρόγραμμα Εκτελεστών Έργων της Περιφέρειας Αττικής του έτους 2019 (ΑΔΑ: 6Ε3Δ7Λ7-ΔΛ7)
2. Την με αριθμό 349/2018 απόφαση του Περιφερειακού Συμβουλίου Αττικής με την οποία εγκρίθηκε ο προϋπολογισμός της Περιφέρειας Αττικής οικονομικού έτους 2019 και ολοκληρωμένου πλαισίου δράσης 2019 προβλέφθηκε το ποσό χρηματοδότησης της μελέτης (ΑΔΑ: ΨΨΒΖ7Λ7-9ΚΧ)

3. Το υπ' αρ. 206/12-4-2019 έγγραφο της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ) με πρόταση για την υλοποίηση προγράμματος προαγωγής ψυχικής υγείας σε ευπαθείς πληθυσμούς.
4. Το υπ' αρ. 1819020746/1-2-2018 έγγραφο της Ιατρικής Σχολής/Σχολή Επιστημών Υγείας προς τη Σύγκλητο Πανεπιστημίου Αθηνών με την αποδοχή πρότασης συνεργασίας μεταξύ ΕΚΠΑ και Περιφέρειας Αττικής με τίτλο «ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ», της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.
5. Το με αρ. πρωτ. .... έγγραφο του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών από το οποίο προκύπτει ότι το ΕΚΠΑ εκτελεί στην ελεύθερη αγορά λιγότερο από το 20% των δραστηριοτήτων που αφορά η παρούσα συνεργασία.
6. Το με αρ. πρωτ. οικ. 24964/13-12-2018 έγγραφο της Γενικής Δ/σης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της Περιφέρειας Αττικής
7. Την με αριθμό ..... Απόφαση του Περιφερειακού Συμβουλίου Αττικής για την έγκριση της σκοπιμότητας, της σύναψης και των όρων της παρούσας
8. Το από ..... Απόσπασμα Πρακτικών της ..... Συνεδρίας ακαδ. έτους ..... της Συγκλήτου του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών για την έγκριση της σύναψης και των ειδικότερων όρων της παρούσας
9. Τη με αριθμό ..... Πράξη του Ζ' Κλιμακίου του Ελεγκτικού Συνεδρίου
10. Τη με αρ. πρωτ. .... (Α.Δ.Α.Μ.: ..... ) Απόφαση Ανάληψης Υποχρέωσης της Περιφέρειας Αττικής

Συμφώνησαν και συναποδέχθηκαν τα παρακάτω:

#### **ΑΡΘΡΟ 1: ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ -ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

Αντικείμενο της παρούσας σύμβασης είναι η συνεργασία των συμβαλλομένων μερών για την υλοποίηση του προγράμματος με τίτλο: «**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ**» με χρηματοδότηση από την Περιφέρεια Αττικής.

Η Ψυχιατρική νοσηρότητα και συν-νοσηρότητα είναι υψηλή και η γνώση της είναι απαραίτητη σε κάθε ιατρική ειδικότητα. Τουλάχιστον το 20-30% του γενικού πληθυσμού έχει εκδηλώσει ή θα εκδηλώσει κάποια ψυχική νόσο, ενώ το 50% των ασθενών οποιουδήποτε ιατρού εμφανίζει και φυσική διαταραχή η οποία πολύ συχνά επηρεάζει τόσο τον τρόπο εκδήλωσης της «σωματικής» νόσου όσο και τη θεραπευτική διαδικασία. Ενδεικτικά επισημαίνεται ότι το 2020 η κατάθλιψη (ένα υποσύνολο της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας) εκτιμάται ότι θα διαμορφώνει τη 2η αιτία αναπήρων στον πλανήτη. Κατά τα τελευταία έτη έχει σημειωθεί πολύ μεγάλη πρόοδος τόσο στη θεραπευτική όσο και στην επεξήγηση των μηχανισμών της ψυχικής νόσου (νευροανατομία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, φυσιολογία της εγκεφαλικής λειτουργίας, γενετική και επιγενετική, βιολογικοί συντελεστές). Έτσι, η ψυχιατρική καθίσταται όλο και πιο πολύ μέρος της «βιολογικής» ιατρικής όσο και οποιαδήποτε άλλη ειδικότητα, ενώ ταυτοχρόνως διατηρεί και την ψυχολογική και ψυχοθεραπευτική διάσταση. Τούτων όλων των δεδομένων η Α' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική του ΕΚΠΑ εστιάζουσα στην έρευνα, στο δημόσιο όφελος και στην προαγωγή της επιστημονικής καινοτομίας θα υλοποιήσει το παρόν πρόγραμμα. Το πρόγραμμα θα υλοποιηθεί υπό την επίβλεψη του Δ/ντή Α' Ψυχιατρικής Κλινικής-Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Καθηγητή Χ.Χ. Παπαγεωργίου.



Αναφορικά με το δημόσιο όφελος, το πρόγραμμα στοχεύει στην υποστήριξη της προαγωγής και διάδοσης τεκμηριωμένων προγραμμάτων ψυχικής υγιεινής που καλύπτουν ευρύ φάσμα «ευαίσθητων» πληθυσμιακών ομάδων όπως:

- Ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής (ανορεκτικοί ασθενείς),
- Ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ανθεκτικοί στη θεραπεία,
- Ασθενείς με νευροαναπτυξιακές διαταραχές,
- Ασθενείς με Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) και συναφείς διαταραχές (Δυσμορφοβική Διαταραχή, Διαταραχή Παρασυσσώρευσης),
- Ασθενείς σε οξεία φάση φορείς σοβαρών ψυχικών διαταραχών,
- Ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), μεταμοσχευθέντες, οικείοι και φροντιστές και οι Δότες Νεφρών.
- Πάσχοντες από Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες οφειλόμενη σε Φυσικές Καταστροφές
- Στάσεις του κοινού απέναντι στους πρόσφυγες.

Στο συγκεκριμένο πλαίσιο εντάσσεται η εφαρμογή δράσεων που εστιάζουν:

1. Στην ψυχο-εκπαίδευση και υποστήριξη χρόνιων / σοβαρών σωματικών και ψυχικών νόσων.
2. Στη δημιουργία στρατηγικών πρόληψης και ορισμένες από τις πολύ συχνές και ιδιαιτέρως δαπανηρές για τη ζωή ψυχιατρικές οντότητες (όπως οι προαναφερόμενες).
3. Στη διάδοση των εγκύρων ενδείξεων αναφορικά με τη διαγνωστική και τη θεραπευτική αποτίμηση, αλλά και τη διαμόρφωση «μέσων» (κλινικών, ψυχομετρικών, ψυχοφυσιολογικών) για την αποτίμηση του ψυχικώς ευ-έχειν όπως και των συμπροσδιοριστικών παραγόντων (συμπληρωματικά με την αποτίμηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας) κατά την πορεία της ζωής.
4. Στην επιτάχυνση της ορθολογικής εφαρμογής των σύγχρονων διαγνωστικών και θεραπευτικών κατακτήσεων στην αποτελεσματική μέριμνα των ψυχική πασχόντων.
6. Στην ταυτοποίηση και εξέλιξη μεθόδων για την πρόληψη και έγκαιρη παρέμβαση στις στρεσογόνες συνθήκες ζωής όπως και των συνεπειών τους τόσο σε ατομικό όσο και συλλογικό επίπεδο.
7. Στην ενίσχυση της επίγνωσης της επίδρασης των κοινωνικών συντελεστών στη «σωματική» και «ψυχική» υγεία, καθώς και την ανάδειξη της σπουδαιότητας της ψυχικής υγείας ως διαμεσολαβητή στο κοινωνικό γίνεσθαι.

Αναφορικά με την έρευνα και την επιστημονική καινοτομία, το πρόγραμμα στοχεύει

- (α) Στην εφαρμογή προσεκτικά ελεγμένων νευροψυχολογικών δοκιμασιών που ανοίγουν το δρόμο παραγωγικής έρευνας των σχέσεων εγκεφάλου-συμπεριφοράς και ασφαλώς συνεπούς μελέτης θεμελιακών λειτουργιών του εγκεφάλου στις περιπτώσεις όπου το άτομο είναι εκτεθειμένο σε υπαρξιακά και κοινωνικά διλήμματα
- (β) Στην δημιουργία πρωτότυπων υπολογιστικών «εργαλείων» για την επιτέλεση ή/και διευκόλυνση του ερευνητικού και θεραπευτικού έργου. Με το πέρας της παρούσας έρευνας τα εν λόγω «εργαλεία» θα αποτελέσουν μια νέα δεξαμενή θεραπευτικών και ερευνητικών μέσων, μια «εργαλειοθήκη» προσβάσιμη σε κάθε εγχώριο θεραπευτή και ερευνητή που θέλει να δραστηριοποιηθεί ιατρικά και επιστημονικά στη χώρα αλλά και διεθνώς.
- (γ) Στην εμπλοκή νέων επιστημόνων με στόχο την εκπόνηση Διδακτορικής Διατριβής και στη συντεταγμένη αξιοποίηση του δυναμικού των υποψηφίων διδασκόντων και μεταδιδασκόντων που δι' αυτού του τρόπου δύναται να επενδύσουν και εξελίσσουν το Επιστημονικό Δυναμικό τους και ασφαλώς να ανατροφοδοτήσουν το

κοινωνικό σύνολο, ενώ διαμορφώνεται παράλληλα ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΘΗΚΗ αναστολής της «αιμορραγίας ανθρωπίνων εγκεφάλων» (brain drain) από την πατρίδα μας.

Πιο συγκεκριμένα, το πρόγραμμα διαρθρώνεται σε τρεις (3) φάσεις.

### **Α' ΦΑΣΗ: ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΟΜΑΔΩΝ**

Κατά την 1η Φάση της παρούσης πρότασης θα γίνουν όλες οι απαραίτητες διαδικασίες για την επιλογή και «πρόσληψη» των επιστημόνων που θα υλοποιήσουν το πρόγραμμα.

Επίσης θα ορισθούν οι ομάδες εργασίας και οι επικεφαλής αυτών.

Αναλυτικότερα και κατά το Ν 4485/2018, ο Επιστημονικός Υπεύθυνος ορίζοντας ομάδες εργασίας με μέλη ΔΕΠ, θα προδιαγράψει τις ανάγκες σε επιστημονικό δυναμικό και ό ΕΛΚΕ ΕΚΠΑ θα προχωρήσει σε δημόσιες προκηρύξεις για την υποβολή αιτήσεων των ενδιαφερομένων, επιλογή και σύνταξη συμβάσεων με το προσωπικό που θα επιλεγεί.

Όλες οι θέσεις εργασίας εκτός των μελών ΔΕΠ θα προκηρυχθούν.

Για τις ανάγκες του προγράμματος θα απασχοληθούν:

1. Ο καθ. Χαράλαμπος Παπαγεωργίου σαν Επιστημονικός Υπεύθυνος (ΕΥ) του Προγράμματος,
2. Έντεκα (11) μέλη ΔΕΠ,
3. Ένας (1) Διδάκτωρ σαν βοηθός του ΕΥ,
4. Έξι (6) Ψυχίατροι μεταδιδάκτορες,
5. Τέσσερις (4) Ψυχίατροι υποψήφιοι διδάκτορες,
6. Ένας (1) ιατρός Διδάκτορας,
7. Ένας (1) ιατρός,
8. Ένας (1) Στατιστικολόγος,
9. Τέσσερις (4) Ψυχολόγοι,
10. Λοιπές ειδικότητες (πχ Επισκέπτες/τριες υγείας κλπ) τρία (3) άτομα,
11. Διαχειριστής Προγράμματος ένα (1) άτομο πλήρους απασχόλησης και ένα άτομο με ημιαπασχόληση,
12. Τεχνική Στήριξη / Μηχανικοί Προγράμματος 1 άτομο με 30 Ανθρωπομήνες απασχόληση,
13. Γραμματεία ένα (1) άτομο πλήρους απασχόλησης.

Όλες οι παραπάνω θέσεις, εκτός των μελών ΔΕΠ, θα καλυφθούν μετά από δημόσια προκήρυξη και διαδικασία επιλογής, το πρώτο άτομο που θα πρέπει να επιλεγεί είναι ο Βοηθός του ΕΥ και ο Διαχειριστής του προγράμματος.

Συγχρόνως στην 1η φάση θα γίνουν οι διαγωνισμοί και οι απαραίτητες προμήθειες εξοπλισμών για την υποστήριξη των ομάδων του προγράμματος.

Η διάρκεια της 1ης Φάσης θα είναι περίπου 3 μήνες αλλά θα επεκτείνεται μέχρι τη λήξη του προγράμματος λόγω απροόπτων που μπορεί να συμβούν στη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος.

### **Β' ΦΑΣΗ: ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΓΟΥ**

Η Β' Φάση περιλαμβάνει την υλοποίηση των παρακάτω δέκα (10) Δράσεων:

#### **ΔΡΑΣΗ 1: Πρόγραμμα Εκπαίδευσης και Υποστήριξης ειδικών της Ψυχικής Υγείας για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής (ΔΤΠ)**

Η Δράση έχει τους παρακάτω άξονες:

- α. Εκπαίδευση ειδικών της ψυχικής υγείας στην αντιμετώπιση των ΔΠΤ
- β. Παροχή υποστήριξης σε φορείς που αντιμετωπίζουν ασθενείς που παρουσιάζουν συμπτωματολογία ΔΠΤ
- γ. Δημιουργία δικτύου για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής
- δ. Ανάπτυξη καινοτόμων κλινικο-ψυχοφυσιολογικών μεθόδων για την συνεπή διαγνωστική-θεραπευτική αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής
- ε. Παρουσίαση της Δράσης και των δράσεων του στο κοινό

### **ΔΡΑΣΗ 2: Ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ανθεκτικοί στη θεραπεία**

Η ανθεκτική στη θεραπεία μείζον καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί τη δεξαμενή ασθενών που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικές κλινικές.

Η ταχεία αντικαταθλιπτική δράση της κεταμίνης και με εφάπαξ χορήγηση, ακόμη και σε εξαιρετικά ανθεκτικές στη θεραπεία περιπτώσεις ασθενών και των ασθενών που χρήζουν άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση, όπως οι ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά, προσφέρει σημαντικές δυνατότητες στην αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης.

Το TMS είναι μια μη επεμβατική τεχνική, κατά την οποία ταχέως μεταβαλλόμενο ηλεκτρικό ρεύμα περνά μέσα από ένα πηνίο και επάγει ένα ταχέως μεταβαλλόμενο μαγνητικό πεδίο το οποίο με τη σειρά του επάγει ηλεκτρικό ρεύμα στον εγκεφαλικό ιστό. Η δράση περιλαμβάνει την οργάνωση μονάδας κεταμίνης και διακρανιακού ερεθισμού. Οι ασθενείς που θα συμμετάσχουν στη θεραπευτική προσπάθεια με κεταμίνη και TMS θα προέρχονται από την ευρύτερη περιοχή της περιφέρειας Αττικής. Η μονάδα θα είναι εγκατεστημένη σε χώρο της Ψυχιατρικής Πανεπιστημιακής Κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

### **ΔΡΑΣΗ 3: Ασθενείς με νευροαναπτυξιακές διαταραχές Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές (ΝΑΔ)**

Πρόκειται για χρόνια μη μεταδιδόμενα νοσήματα τα οποία αποτελούν σημαντικό φορτίο νοσηρότητας από την παιδική ηλικία και κατά κανόνα συνεχίζουν δια βίου. Στο πλαίσιο της Α Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ λειτουργεί η Μονάδα Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών Ενηλίκων σε συστηματική συνεργασία με το Ειδικό Ιατρείο Διαταραχών του Φάσματος του Αυτισμού της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ στο ΓΝΠ «Η Αγία Σοφία».

Η Δράση απευθύνεται σε ενήλικες εξωτερικούς ασθενείς που είτε παρουσιάζουν για πρώτη φορά οξεία ψυχοπαθολογία που χρήζει εντατικής και πολύπλευρης παρέμβασης κάποιας διάρκειας είτε σε ασθενείς που παρουσιάζουν έξαρση και υποτροπή προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί κατά την συνήθη ψυχιατρική παρακολούθηση. Έχει σχεδιαστεί ως εναλλακτική παρέμβαση για ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας και λειτουργεί στο πλαίσιο της Υπηρεσίας Επειγόντων της Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου (7ημ/24ωρη λειτουργία) και εξυπηρετεί ασθενείς από όλο το λεκανοπέδιο Αττικής.

Η δράση έχει ως στόχο την :

- α. αξιολόγηση και η διαχείριση της οξείας ψυχοπαθολογικής κατάστασης σε εξωτερικούς ασθενείς.
- β. αντιμετώπιση της κατάστασης κρίσης και η σταθεροποίηση του ασθενούς με το λιγότερο κόστος για τον ίδιο και την οικογένειά του
- γ. αποφυγή νοσηλείας αν δεν συντρέχουν λόγοι επικινδυνότητας.

δ. βελτιστοποίηση των μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας των νευροαναπτυξιακών διαταραχών μέσω μιας καλά στοχευμένης χορήγησης ψυχο-μετρικών δοκιμασιών και ταυτόχρονης καταγραφής βιοσημάτων

**ΔΡΑΣΗ 4: Ασθενείς με Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) και συναφείς διαταραχές (Σωματοδυσμορφο - φοβική Διαταραχή, Διαταραχή Παρασυσσώρευσης, κλπ)**

Η μέση ηλικία έναρξης της ΙΨΔ υπολογίζεται στα 19,5 έτη, ενώ συχνά ξεκινά από την παιδική ηλικία. Η πορεία της είναι χρόνια και επιβαρύνει σαφώς τη λειτουργικότητα. Από μελέτες προκύπτει καθυστέρηση έναρξης θεραπευτικών παρεμβάσεων (7-10 έτη) και λόγω έλλειψης ευαισθητοποίησης, δομών και ολοκληρωμένης εκπαίδευσης των ειδικών, παρατηρείται μεγάλη καθυστέρηση λήψης της σωστής θεραπείας (14-17 έτη). Στην Α΄ Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο, στο πλαίσιο λειτουργίας της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς αντιμετωπίζονται ψυχοθεραπευτικά και φαρμακευτικά, κλινικές περιπτώσεις από όλο το φάσμα της ιδιοψυχαναγκαστικής διαταραχής.

Η Δράση θα περιλαμβάνει:

1. Την κλινική διαχείριση και επιστημονική αντιμετώπιση των ατόμων που προσέρχονται στη μονάδα.
2. Τη συστηματική ψυχομετρική αξιολόγηση του ειδικού πληθυσμού που προσέρχεται στη Μονάδα Θεραπειών Συμπεριφοράς με χρήση ερωτηματολογίων, την καταγραφή στοιχείων σε βάση δεδομένων ώστε να μελετηθούν τόσο τα δημογραφικά όσο και τα κλινικά τους χαρακτηριστικά με στόχο την ανάπτυξη της έρευνας. Στο πλαίσιο αυτό θα οργανωθεί τουλάχιστον μία διδακτορική διατριβή, με προοπτική μεταδιδακτορικής δημοσίευσης.
3. Την ανάπτυξη καινοτόμων κλινικο-ψυχοφυσιολογικών μεθόδων για τη συνεπή διαγνωστική-θεραπευτική αντιμετώπιση των Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών.
4. Την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού
5. Την εκπαίδευση ειδικών της ψυχικής υγείας στη θεραπεία της ΙΨΔ

Η οργανωμένη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην πρωτοβάθμια αντιμετώπιση και διαχείριση συμπτωμάτων ιδιοψυχαναγκαστικής διαταραχής, η ανάπτυξη της έρευνας στα σχετικά θέματα στον ελληνικό πληθυσμό θα ωφελούσε την ποιότητα ζωής και την υγεία.

**ΔΡΑΣΗ 5: Ασθενείς σε οξεία φάση φορείς σοβαρών ψυχικών διαταραχών Πρόγραμμα Παρέμβασης και Σταθεροποίησης για την Κρίση σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές**

Στην Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ λειτουργεί το Πρόγραμμα Παρέμβασης και Σταθεροποίησης της Κρίσης για σοβαρές ψυχικές διαταραχές, στο πρότυπο διεθνών πρακτικών τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας για τη βέλτιστη διαχείριση των σοβαρών ψυχικών διαταραχών.

Μέχρι σήμερα το Πρόγραμμα αν και λειτουργεί με ελάχιστο προσωπικό της ψυχιατρικής κλινικής, μικτής απασχόλησης (και κατά βάση εθελοντές) και περιορισμένο ωράριο, έχει εξυπηρετήσει 120 ασθενείς εκ των οποίων 95 απέφυγαν τη νοσηλεία και αντιμετωπίστηκε με επιτυχία η κρισιμότητα της κατάστασής τους

Το Πρόγραμμα απευθύνεται σε ενήλικες εξωτερικούς ασθενείς που είτε παρουσιάζουν για πρώτη φορά οξεία ψυχοπαθολογία που χρήζει εντατικής και πολύπλευρης παρέμβασης κάποιας διάρκειας είτε σε ασθενείς που παρουσιάζουν έξαρση και υποτροπή προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί κατά την συνήθη ψυχιατρική παρακολούθηση.

Στο πλαίσιο της δράσης θα αξιολογηθεί το Πρόγραμμα Παρέμβασης στην Κρίση για σοβαρές ψυχικές διαταραχές της 1ης ψυχιατρικής κλινικής ΕΚΠΑ και η ικανοποίηση των χρηστών.

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει εξειδικευμένη κλίμακα εκτίμησης του άγχους και του συναισθηματικού φορτίου που συνοδεύει την ψύχωση.

Μέσα από το ερευνητικό πρωτόκολλο θα δημιουργηθεί μια νέα κλίμακα εκτίμησης του ψυχωσικού άγχους/εγρήγορσης η οποία θα είναι στη διαδικασία της στάθμισης. Ο στόχος αυτής της έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης του ψυχωσικού άγχους/εγρήγορσης – με τη χρήση της εξειδικευμένης κλίμακας – με ψυχοπαθολογικές και νευροβιολογικές παραμέτρους.

Με τη χρήση ειδικών κλιμάκων θα εκτιμηθεί η κλινική κατάσταση και η γενική ψυχοπαθολογία, η ποιότητα ζωής και η λειτουργική κατάσταση των ασθενών καθώς και η ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε 4 περιόδους: Στην αρχή της ένταξης, στο τέλος της παρέμβασης, 1 μήνα μετά την έξοδο και 3 μήνες μετά.

#### **ΔΡΑΣΗ 6: Ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), μεταμοσχευθέντες, οικείοι και φροντιστές και Δότες Νεφρών**

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) αποτελεί μια πολυδιάστατη και πολύπλοκη νοσολογική οντότητα που τόσο η ίδια όσο και η θεραπεία της σχετίζονται με σημαντικές αλλαγές και απώλειες για τους ασθενείς. Εκτός από τις βιολογικές διαταραχές, κυρίως μεταβολικού τύπου, που μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική υγεία, τα θεραπευτικά προγράμματα όπως η εξωνεφρική κάθαρση και η μεταμόσχευση νεφρού είναι δυνατό να έχουν ψυχοπιεστικό αποτέλεσμα στον ασθενή και τους οικείους/φροντιστές του. Η ανάγκη για την αντιμετώπιση των ψυχικών επιπτώσεων που προκαλούνται καθώς και η ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, καθιστούν σημαντική και αναγκαία την παρέμβαση του ψυχιάτρου, υπό το πρίσμα ενός βιο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου θεώρησης της νόσου.

Η Δράση 6 («Ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), μεταμοσχευθέντες, οικείοι και φροντιστές και οι Δότες Νεφρών») θα επιμερίζεται στα ακόλουθα:

1) Σε προσεκτικά επιλεγμένο πληθυσμό μεταμοσχευθέντων ασθενών χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας:

1.1 Πειραματική έρευνα προς εντοπισμό και καταγραφή στοιχείων αλεξιθυμίας και δυσκολίας ενδοσκοπικής κατανόησης και ρύθμισης αρνητικών συναισθημάτων.

1.2 Πειραματική έρευνα προς εντοπισμό και καταγραφή πιθανών 'μεταλλάξεων' της ηθικής κρίσης και της λήψης αποφάσεων. Προσδιορισμός του βαθμού και του τρόπου 'μετάλλαξης' καθώς και των διάφορων ενδογενών (π.χ. στοιχεία προσωπικότητας) και εξωγενών (π.χ. λήψη φαρμάκων, εκτεταμένη έκθεση σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα που διεγείρουν συγκεκριμένα συναισθήματα κλπ) παραγόντων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν

1.3 Πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης το οποίο θα ενημερώνεται διαρκώς από τα ευρήματα των ερευνών 1.1 και 1.2

2) Σε προσεκτικά επιλεγμένο πληθυσμό μη μεταμοσχευθέντων ασθενών χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας:

2.1 Πειραματική έρευνα προς εντοπισμό και καταγραφή πιθανών 'μεταλλάξεων' της ηθικής κρίσης και της λήψης αποφάσεων. Προσδιορισμός του βαθμού και του τρόπου 'μετάλλαξης' καθώς και των διάφορων ενδογενών (π.χ. στοιχεία προσωπικότητας) και εξωγενών (π.χ. λήψη φαρμάκων, εκτεταμένη έκθεση σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα που διεγείρουν συγκεκριμένα συναισθήματα κλπ) παραγόντων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν

2.2 Πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης το οποίο θα ενημερώνεται διαρκώς από τα ευρήματα της έρευνας 2.1

3) Σε προσεκτικά επιλεγμένο πληθυσμό οικείων/φροντιστών:

3.1 Πειραματική έρευνα προς εντοπισμό και καταγραφή πιθανών 'μεταλλάξεων' της ηθικής κρίσης και της λήψης αποφάσεων. Προσδιορισμός του βαθμού και του τρόπου 'μετάλλαξης' καθώς και των διάφορων ενδογενών (π.χ. στοιχεία προσωπικότητας) και εξωγενών (π.χ. λήψη φαρμάκων, εκτεταμένη έκθεση σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα που διεγείρουν συγκεκριμένα συναισθήματα κλπ) παραγόντων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν

3.2 Πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης το οποίο θα ενημερώνεται διαρκώς από τα ευρήματα της έρευνας 3.1

Η εν λόγω Δράση θα αποτελέσει προϊόν συνεργασίας της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου νοσοκομείου και της Νεφρολογικής Κλινικής του Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών.

**ΔΡΑΣΗ 7: Εντοπισμός και στάθμιση των πιθανών επιπτώσεων της εκάστοτε ασθένειας στο ηθικό κρίνειν και τη λήψη αποφάσεων από μέρους των ασθενών, των οικείων και των φροντιστών.**

Πρόκειται για τη επεξεργασία του τρόπου με τον οποίο επιδρά μια νόσος στην ηθική σκέψη και τη λήψη αποφάσεων στους ακόλουθους πληθυσμούς:

1. Ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής (ανορεκτικοί ασθενείς) και οικείοι/φροντιστές τους
2. Ασθενείς με νευροαναπτυξιακές διαταραχές και οικείοι/φροντιστές τους
3. Ασθενείς με σεξουαλικές διαταραχές και δυσφορία φύλου και οικείοι / φροντιστές τους
4. Ασθενείς με Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) και συναφείς διαταραχές (Δυσμορφοβική Διαταραχή, Διαταραχή Παρασυσσώρευσης) και οικείοι/φροντιστές τους
5. Ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), μεταμοσχευθέντες, οικείοι και φροντιστές και Δότες Νεφρών (Η μελέτη του ηθικού κρίνειν και της διαδικασίας λήψης αποφάσεων στον πληθυσμό αυτό προβλέπεται ήδη εντός της Δράσης 8 ) .
6. Πυρόπληκτοι νομού Αττικής (και εξειδικευμένο προσωπικό που ενεπλάκη στην αντιμετώπιση των εν λόγω πυρκαγιών) πάσχοντες από μετα-τραυματικό άγχος.

Είναι Δράση 'οικουμενικού χαρακτήρα' και ερευνητικής φύσεως δεδομένου ότι παρουσιάζει τομές με αρκετές από τις υπόλοιπες δράσεις και θα μπορούσε να φανεί χρήσιμη στις υπόλοιπες Δράσεις τροφοδοτώντας τις με πληροφορίες και πιθανώς με κατευθυντήριες γραμμές.

**ΔΡΑΣΗ 8: Ψυχο-εκπαίδευση ιατρών, ασθενών και οικείων φροντιστών**

Από την ψυχολογική υποστήριξη και ψυχική θεραπεία δε μπορεί να λείπει η ενημέρωση η εκπαίδευση των ίδιων των θεραπευόμενων περί των ψυχικών ζητημάτων που αντιμετωπίζουν αλλά και των θεραπειών τους.

Η Δράση περιλαμβάνει επιμέρους παρεμβάσεις που έχουν ως εξής:

Α. Παροχή υπηρεσιών Ψυχο-εκπαίδευσης και Υποστήριξης στις Χρόνιες Ψυχικές Διαταραχές (για ασθενείς και συγγενείς-Α' Σκέλος Ψυχο-εκπαίδευσης)

Εκτός από τις ομάδες ψυχο-εκπαίδευσης ασθενών προβλέπεται κατά περίπτωση η δημιουργία ομάδων ψυχο-εκπαίδευσης συγγενών/ οικογενειών, ειδικά για τις ψυχικές διαταραχές που πλήττουν σοβαρά τη λειτουργικότητα του πάσχοντα με αποτέλεσμα στη φροντίδα του να εμπλέκεται αναπόσπαστα το οικογενειακό του περιβάλλον.

Β. Παροχή υπηρεσιών Ψυχοεκπαίδευσης και Υποστήριξης στις Χρόνιες Σωματικές Νόσους (για ασθενείς και συγγενείς-Α' σκέλος Ψυχο-εκπαίδευσης)

Συγκεκριμένα θα επιδιωχθεί η περαιτέρω ανάπτυξη της Μονάδας Ψυχο-εκπαίδευσης και Υποστήριξης και θα αναζητηθούν συνεργασίες με νοσοκομειακές μονάδες, ειδικά ιατρεία και άλλες υπηρεσίες υγείας, εξειδικευμένες στην αντιμετώπιση των χρόνιων σωματικών παθήσεων.

Γ. Εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Β' σκέλος Ψυχο-εκπαίδευσης)

Η Μονάδα Ψυχο-εκπαίδευσης και Υποστήριξης, αξιοποιώντας το επιστημονικό δυναμικό των δύο Φορέων που την απαρτίζουν, θα παρέχει συστηματική εκπαίδευση και εποπτεία σε νέους επαγγελματίες ψυχικής υγείας με σκοπό τη διεύρυνση εφαρμογής των παρεμβάσεων και τη στελέχωση ενός δικτύου υπηρεσιών.

### **ΔΡΑΣΗ 9: Αντιμετώπιση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες οφειλόμενης σε Φυσικές Καταστροφές**

Μεταξύ των σημαντικότερων συνεπειών μιας φυσικής καταστροφής συγκαταλέγεται και η ψυχολογική επίπτωση που αυτή έχει στον πληττόμενο πληθυσμό. Πέραν των προκαλούμενων άμεσων απωλειών και φθορών, πρέπει να συνυπολογίζονται και οι φθορές ψυχολογικής φύσεως που υφίστανται μετά την καταστροφή οι άμεσα και έμμεσα εμπλεκόμενοι με αυτήν. Αυτή ψυχική φθορά αποτελεί μια συνέπεια διαρκείας που εκτείνεται σε βάθος χρόνου και δύναται να καταστεί χρόνια οδηγώντας τα θύματα μιας φυσικής καταστροφής σε περαιτέρω δεινά σχετιζόμενα με συμπτώματα κοινωνικής δυσλειτουργίας, περιθωριοποίησης καθώς και σε επιδείνωση των καθημερινών συνθηκών διαβίωσης αλλά και της σωματικής υγείας τους. Η διεθνής έρευνα αναδεικνύει ως μια εκ των βασικότερων ψυχικών συνεπειών μιας φυσικής καταστροφής την εμφάνιση Διαταραχής Μετα-τραυματικού Στρες (PTSD).

Η Δράση περιλαμβάνει:

1) Τη σύσταση ομάδας ειδικών ψυχικής υγείας που θα επιφορτιστεί με την ευθύνη 1ον της διάγνωσης του PTSD και άλλων πιθανών ψυχικών παθήσεων στους πληγέτες από φυσικές καταστροφές καθώς και στα μέλη του ειδικευμένου προσωπικού (πυροσβέστες, τραυματιοφορείς, διασώστες, αστυνομικοί κλπ) που ενεπλάκη στη αντιμετώπιση των εν λόγω καταστροφών και 2ον της ψυχολογικής υποστήριξης και θεραπείας για όσους εξ των προαναφερθέντων διαγνωστούν με PTSD ή κάποια άλλη ψυχική πάθηση.

2) Ανάλυση της ηθικής σκέψης και τρόπου λήψης αποφάσεων στα μέλη των εξειδικευμένου προσωπικού που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση φυσικών καταστροφών

- 3) Επεξεργασία της ηθικής σκέψης και τρόπου λήψης αποφάσεων στον πληθυσμό των πληγέντων από φυσικές καταστροφές
- 4) Ανάπτυξη καινοτόμων κλινικο-ψυχοφυσιολογικών μεθόδων για τη συνεπή διαγνωστική-θεραπευτική αντιμετώπιση του προκαλούμενου από φυσικές καταστροφές PTSD.

### **ΔΡΑΣΗ 10: Στάσεις του κοινού απέναντι στους πρόσφυγες και υλοποίηση παρεμβάσεων**

Τα άτομα που αναγκάζονται να εγκαταλείψουν την χώρα καταγωγής τους αποτελούν έναν ειδικό πληθυσμό που έχει βιώσει με δραματικό τρόπο το «ψυχικό τραύμα» του πολέμου, της απώλειας οικογένειας και πατρίδας και επιπλέον αντιμετωπίζει την πρόκληση της ένταξης στην χώρα υποδοχής. Εκεί μπορεί να αντιμετωπίζεται με αμφιθυμία, επιφυλακτικότητα και δυσπιστία, ως δυνάμει απειλητικός, έτσι ώστε να εγείρονται εναντίον του αποφευκτικές ή ακόμα και επιθετικές συμπεριφορές.

Η συνεχιζόμενη εισροή προσφύγων σε συνάρτηση με την παρατεταμένη οικονομική ύφεση καθιστά την ανάγκη βαθύτερης διερεύνησης των στάσεων απέναντι στους πρόσφυγες επιτακτική. Η επιστημονική ψυχοκοινωνική έρευνα θα ρίξει φως στις πολυδιάστατες πτυχές του φαινομένου και θα παράξει το πλαίσιο για στοχευμένες παρεμβάσεις στην κοινότητα.

Η Δράση έχει τους παρακάτω άξονες παρέμβασης:

A. Διερεύνηση των στάσεων των πολιτών του λεκανοπεδίου Αττικής απέναντι στους πρόσφυγες και ανάδειξη χαρακτηριστικών ατομικών (εμπειρία με ψυχικό τραύμα προσωπικό ή συλλογικό-θυματοποίηση), κοινωνικο-οικονομικών (δημογραφικά δεδομένα), ιδεολογικών (ρατσιστική-στιγματιστική προδιάθεση, πολιτική τοποθέτηση, τοποθέτηση απέναντι σε συλλογικά ζητήματα) που σχετίζονται με και επιδρούν στις στάσεις απέναντι στους πρόσφυγες.

B. Παρεμβάσεις στο γενικό πληθυσμό και σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες βάσει των ερευνητικών ευρημάτων

### **Γ' ΦΑΣΗ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ του ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ, ΔΗΜΟΣΙΟΤΗΤΑ**

#### **Διοίκηση του προγράμματος:**

Τη συνολική ευθύνη για την εκπόνηση του προγράμματος την έχει ο Επιστημονικός Υπεύθυνος του Προγράμματος.

Η παρακολούθηση και η παραλαβή του προγράμματος γίνεται από την Κοινή Επιτροπή Παρακολούθησης η οποία ορίζεται με εκπροσώπους της Περιφέρειας Αττικής και του ΕΚΠΑ.

Το Πρόγραμμα θα υλοποιηθεί σύμφωνα με τη νομοθεσία που διέπει τον ΕΛΚΕ ΕΚΠΑ όπως ισχύει σήμερα και όπως θα εξελιχτεί στο διάστημα των 36 μηνών.

Κατά τις αρχές λειτουργίας του ΕΛΚΕ, κάθε Πρόγραμμα που εντάσσεται στον ΕΛΚΕ ΕΚΠΑ λαμβάνει ένα κωδικό Προγράμματος και είναι συνδεδεμένο με τον Επιστημονικό του Υπεύθυνο.

Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος είναι το μόνο πρόσωπο που «επικοινωνεί» με τον ΕΛΚΕ σε δεσμευτικό επίπεδο.



Αυτός είναι υπεύθυνος να υπογράψει τον προϋπολογισμό του Προγράμματος, τις προκηρύξεις για την πρόσληψη προσωπικού, τις συμβάσεις με το προσωπικό, τις εντολές πληρωμών προσωπικού, τις εντολές προμηθειών, διαγωνισμών κλπ.

Οι διαδικασίες στον ΕΛΚΕ ΕΚΠΑ είναι κατά το νόμο και στην ιστοσελίδα του ([www.elke.uoa.gr](http://www.elke.uoa.gr)) υπάρχουν όλες οι Ανακοινώσεις και τα έντυπα που πρέπει να υποβάλλονται για κάθε θέμα.

Στο παρόν Πρόγραμμα οι επικεφαλής (επιμέρους Επιστημονικοί Υπεύθυνοι) θα συνεπικουρούνται από το Διαχειριστή του Προγράμματος, ο οποίος θα επιλεγεί μετά από δημόσια πρόσκληση υποβολής και βασικό του χαρακτηριστικό θα είναι η εμπειρία διαχείρισης σε Προγράμματα του ΕΛΚΕ ΕΚΠΑ.

Ο Διαχειριστής έχει σημαντική θέση στο Πρόγραμμα διότι έχει ευθύνη να συντάσσει τις προκηρύξεις για την επιλογή των στελεχών συνεργατών του Προγράμματος, τα Ιδιωτικά Συμφωνητικά με τα στελέχη του Προγράμματος, τις μηνιαίες εντολές, να υλοποιεί όποιες διαδικασίες είναι απαραίτητες για αντιμετώπιση προβλημάτων ή την τρέχουσα λειτουργία του Προγράμματος.

#### Δημοσιότητα του Προγράμματος:

1. Ενημέρωση της Επιστημονικής κοινότητας για τις Δράσεις στην Περιφέρεια Αττικής, με συμμετοχή των Μεταδιδακτόρων, Υποψηφίων Διδασκόντων σε Συνέδρια με δημοσιεύσεις, ανακοινώσεις και ομιλίες (στις ευχαριστίες των παραπάνω θα αναφέρεται η συμβολή της Περιφέρειας Αττικής).
2. Ημερίδες Δημοσιότητας. Προγραμματίζονται τέσσερις (4) ημερίδες στην Αττική προς το ευρύ κοινό. Οι Ημερίδες αυτές θα συνοδεύονται από ενημερωτικά φυλλάδια.
3. Φυλλάδια με μελέτες ή ενημερωτικά που θα εκπονήσουν οι επιμέρους Δράσεις.
4. Ημερίδες ή Ανοιχτές – εξειδικευμένες – εκδηλώσεις για τις ανάγκες των Δράσεων.

**Αναλυτικά**, οι δράσεις με τα παραδοτέα και το χρονοδιάγραμμα του προγράμματος «Πρόγραμμα προαγωγής ψυχικής υγείας σε ευπαθείς πληθυσμούς» παρουσιάζεται στην πρόταση της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ) που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της παρούσας προγραμματικής σύμβασης (Παράρτημα Ι).

#### **ΑΡΘΡΟ 2: ΠΕΡΙΟΧΗ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

Το πρόγραμμα θα υλοποιηθεί κατά βάση στη Α΄ Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, στην Νεφρολογική Κλινική του Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών.

Η Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου (σήμερα Α΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική), υπήρξε πάντα πρωτοπόρα στην εισαγωγή των νέων ψυχιατρικών θεραπευτικών μεθόδων στην Ελλάδα. Παράλληλα με τα Ενδονοσοκομειακά Τμήματα Νοσηλείας αναπτύχθηκαν Εξωνοσοκομειακές Μονάδες περίθαλψης καθώς και υπηρεσίες που καλύπτουν όλους σχεδόν τους τομείς της Ψυχικής Υγιεινής και επεκτείνονται πέραν των γεωγραφικών ορίων του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Επίσης, αναπτύχθηκαν Τμήματα Ψυχοθεραπειών, Εργαστηριακές Μονάδες, αλλά και Ερευνητικά Εργαστήρια που αφορούν σε διάφορους τομείς της σύγχρονης Νευροψυχιατρικής έρευνας. Στις πλέον σημαντικές δραστηριότητες αυτής της Ψυχιατρικής Κλινικής είναι η Εκπαιδευτική Δραστηριότητα, που επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των λειτουργιών της Ψυχικής Υγείας, προσφέροντας ένα σύγχρονο και ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεωρητικής και πρακτικής κατάρτισης που επιτελείται σε

προπτυχιακό επίπεδο, σε μεταπτυχιακό επίπεδο και σε επίπεδο συνεχιζόμενης εκπαίδευσης τόσο σε ιατρούς όσο και σε παραϊατρικές ειδικότητες (νοσηλεύτες κτλ).

### **ΑΡΘΡΟ 3: ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ – ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ – ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ**

Το Πρόγραμμα χρηματοδοτείται εξ ολοκλήρου από τον προϋπολογισμό της Περιφέρειας Αττικής.

Η συνολική δαπάνη του προγράμματος ανέρχεται στο ποσό του ενός εκατομμυρίου εξακοσίων ογδόντα έξι χιλιάδων, εξακόσια πενήντα οκτώ ευρώ και τριάντα τριών λεπτών **(1.686.658,33)** συμπεριλαμβανομένου Φ.Π.Α. και θα βαρύνει τον **Κ.Α.Ε. 9899.01.002**. Η ανάλυση του προϋπολογισμού αποτυπώνεται στην συνημμένη πρόταση (Παράρτημα Ι).

Στο ποσό αυτό περιλαμβάνονται οι αμοιβές προσωπικού, οι προμήθειες και άλλες δαπάνες προκειμένου να εκτελεστεί η παρούσα σύμβαση εκ μέρους του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η αμοιβή του Πανεπιστημίου θα καταβάλλεται κάθε τρεις (3) μήνες μετά από σχετική βεβαίωση καλής εκτέλεσης της Επιτροπής Παρακολούθησης της Προγραμματικής Σύμβασης, αφού έχει προηγηθεί η αποστολή τριμηνιαίας αναφοράς (report) πεπραγμένων.

Οι καταβολές των δόσεων προς τον ΕΛΚΕ ΕΚΠΑ Θα έχουν ως εξής:

| 1ο ΤΡΙΜΗΝΟ | 2ο ΤΡΙΜΗΝΟ | 3ο ΤΡΙΜΗΝΟ | 4ο ΤΡΙΜΗΝΟ | 5ο ΤΡΙΜΗΝΟ | 6ο ΤΡΙΜΗΝΟ | 7ο ΤΡΙΜΗΝΟ |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 49.600,00  | 99.200,00  | 148.800,00 | 142.600,00 | 142.600,00 | 142.600,00 | 142.600,00 |

| 8ο ΤΡΙΜΗΝΟ | 9ο ΤΡΙΜΗΝΟ | 10ο ΤΡΙΜΗΝΟ | 11ο ΤΡΙΜΗΝΟ | 12ο ΤΡΙΜΗΝΟ | ΣΥΝΟΛΟ       |
|------------|------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 142.600,00 | 142.600,00 | 142.600,00  | 142.600,00  | 248.258,33  | 1.686.658,33 |

### **ΑΡΘΡΟ 5: ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ-ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ**

Η υλοποίηση του προγράμματος προβλέπεται να διαρκέσει **τριάντα έξι (36) μήνες** και θα ξεκινήσει από την ημερομηνία υπογραφής της παρούσας Προγραμματικής Σύμβασης. Στο διάστημα αυτό, το Ε.Κ.Π.Α. υποχρεούται να έχει περαιώσει το σύνολο των δράσεων του προγράμματος. Η διάρκεια της προγραμματικής σύμβασης ορίζεται σε **σαράντα (40) μήνες**, σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα-ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.

Οι τμηματικές προθεσμίες υλοποίησης των δράσεων με τα αντίστοιχα παραδοτέα. μπορούν να υποστούν μικρές τροποποιήσεις, μετά από συμφωνία μεταξύ του Ε.Κ.Π.Α. και της Επιτροπής Παρακολούθησης του προγράμματος.

### **ΑΡΘΡΟ 6: ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΩΝ**

**A. Η Περιφέρεια Αττικής αναλαμβάνει:**

1. Τη χρηματοδότηση του προγράμματος, όπως αυτό περιγράφεται στην παρούσα σύμβαση μέχρι του ποσού των **1.686.658,33€** συμπεριλαμβανομένου του Φ.Π.Α.
2. Τον ορισμό εκπροσώπων της στην Κοινή Επιτροπή Παρακολούθησης.
3. Τον ορισμό της Επιτροπής του άρθρου 8.

**B. Το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (Ε.Κ.Π.Α.) διά της Μονάδας Α΄ Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου, αναλαμβάνει:**

1. Να ορίσει τις ομάδες εργασίας και τους επικεφαλής αυτών. Κατά το Ν. 4485/2018, ο Επιστημονικός Υπεύθυνος θα ορίσει ομάδες εργασίας με μέλη ΔΕΠ θα προδιαγράψει τις ανάγκες σε επιστημονικό δυναμικό και ό ΕΛΚΕ ΕΚΠΑ θα προχωρήσει σε δημόσιες προκηρύξεις για την υποβολή αιτήσεων των ενδιαφερομένων, επιλογή και σύνταξη συμβάσεων με το προσωπικό που θα επιλεγεί.
2. Τους διαγωνισμούς για τις απαραίτητες προμήθειες εξοπλισμών για την υποστήριξη των ομάδων του προγράμματος.
3. Την υλοποίηση του ανωτέρω προγράμματος
4. Τη σύνταξη τριμηνιαίας αναφοράς (report), που θα περιλαμβάνει την πορεία του προγράμματος για το προηγούμενο τρίμηνο και την αποστολή της στην Κοινή Επιτροπή Παρακολούθησης της παρούσας Προγραμματικής Σύμβασης.
5. Τον ορισμό εκπροσώπων του στην Κοινή Επιτροπή Παρακολούθησης.

**ΑΡΘΡΟ 8: ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ, ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ**

1. Για την ορθή εκτέλεση του προγράμματος της παρούσας σύμβασης συγκροτείται Κοινή Επιτροπή Παρακολούθησης, αποτελούμενη από **πέντε (5) μέλη**, τα οποία είναι:
  - α) δύο (2) Περιφερειακοί Σύμβουλοι Αττικής με τους αναπληρωτές τους, οι οποίοι επίσης είναι Περιφερειακοί Σύμβουλοι,
  - β) δύο (2) υπάλληλοι της Γενικής Δ/σης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της Περιφέρειας Αττικής με τους αναπληρωτές τους, υπάλληλους της αυτής Γενικής Διεύθυνσης
  - γ) ένας (1) εκπρόσωπος του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών με τον αναπληρωτή του, ο οποίος προτείνονται από τη Σύγκλητο.
2. Ο Πρόεδρος της Κοινής Επιτροπής και ο αναπληρωτής του ορίζονται με απόφαση του Περιφερειακού Συμβουλίου Αττικής.
3. Αντικείμενο της Κοινής Επιτροπής Παρακολούθησης είναι η παρακολούθηση όλων των φάσεων και των δράσεων που απαιτούνται για την υλοποίηση του εν λόγω προγράμματος. Η επιτροπή (κύρια και αναπληρωματικά μέλη) ορίζεται αμέσως μετά την υπογραφή της παρούσας. Η Επιτροπή παρακολουθεί την υλοποίηση του προγράμματος και την απορρόφηση των πιστώσεων σε όλο το διάστημα εξέλιξής του και είναι αρμόδια για την πιστοποίηση της καλής εκτέλεσης όλων των δράσεων και του προγράμματος συνολικά.
4. Η Επιτροπή συγκαλείται μετά από την υπογραφή της παρούσας με ευθύνη του Προέδρου της και με γραπτή πρόσκληση, η οποία θα πρέπει να επιδοθεί τόσο στα τακτικά όσο και στα αναπληρωματικά μέλη της τρεις τουλάχιστον μέρες πριν από την ημερομηνία συνεδρίασης.

5. Η Επιτροπή συνέρχεται τακτικά κάθε μήνα από την υπογραφή της σύμβασης και έκτακτα όταν το ζητήσει έστω και ένα τακτικό μέλος της.
6. Η Επιτροπή συνεδριάζει στα γραφεία του ΕΚΠΑ ή στα γραφεία της Γενικής Δ/σης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας της Περιφέρειας Αττικής όπως ορίζεται ειδικότερα στην πρόκληση του Προέδρου της. Κατά τη συνεδρίαση υπάρχει απαρτία αν μετέχουν στη σύνθεση της Επιτροπής τακτικά ή αναπληρωματικά μέλη που παριστούν τουλάχιστον τα τρία πέμπτα του συνόλου των τακτικών μελών της. Η Επιτροπή αποφασίζει νομίμως για κάθε θέμα με απόλυτη πλειοψηφία του συνόλου των παρόντων μελών της.
7. Χρέη γραμματειακής υποστήριξης της Επιτροπής καθώς και τήρησης των σχετικών πρακτικών εκτελεί υπάλληλος του ΕΚΠΑ ο οποίος ορίζεται με απόφαση του Πρύτανη.

#### **ΑΡΘΡΟ 9: ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ**

Η Προγραμματική Σύμβαση τροποποιείται έπειτα από εισήγηση της Επιτροπής Παρακολούθησης προς τα αντισυμβαλλόμενα μέρη ειδικώς αιτιολογημένη αναφορικά με τους λόγους που επιβάλλουν την τροποποίηση. Για την τροποποίησή της λαμβάνεται απόφαση των αρμοδίων οργάνων των συμβαλλομένων μερών και υπογράφεται τροποποιητική σύμβαση.

Τροποποιήσεις αναφορικά με το αντικείμενο, τον προϋπολογισμό και τον τρόπο εκτέλεσης της σύμβασης δεν επιτρέπονται.

#### **ΑΡΘΡΟ 10: ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ – ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ – ΡΗΤΡΕΣ**

Όλοι οι όροι της παρούσας σύμβασης θεωρούνται ουσιώδεις.

Η παράβαση οποιουδήποτε όρου της παρούσας από έναν εκ των αντισυμβαλλομένων, παρέχει στους άλλους αντισυμβαλλόμενους το δικαίωμα να αξιώσουν αποκατάσταση των συνεπειών των αντισυμβατικών ενεργειών εντός εύλογου χρόνου και σε αντίθετη περίπτωση το δικαίωμα να καταγγείλουν τη σύμβαση μονομερώς αξιώνοντας κάθε θετική ή αποθετική ζημία τους, καθώς και να εγείρουν κάθε άλλη σχετική αξίωση που προβλέπεται στον νόμο ή ειδικώς στους όρους της παρούσης προγραμματικής συμβάσεως.

#### **ΑΡΘΡΟ 11: ΕΠΙΛΥΣΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ**

Κάθε διαφορά μεταξύ των συμβαλλομένων μερών που αφορά στην εκτέλεση και ερμηνεία των όρων της παρούσας σύμβασης η οποία δεν επιλύεται από την Κοινή Επιτροπή Παρακολούθησης της παρούσας σύμβασης, επιλύεται από τα αρμόδια Δικαστήρια των Αθηνών.

#### **ΑΡΘΡΟ 12: ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ**

Τα παραπάνω συνομολόγησαν και συναποδέχθηκαν, τα συμβαλλόμενα μέρη και προς απόδειξη αυτών συντάχθηκε το παρόν το οποίο υπογράφεται σε τέσσερα (4) πρωτότυπα, από τα οποία ο κάθε συμβαλλόμενος θα λάβει δύο (2).

#### **ΟΙ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΙ**

**ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
Η ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΡΧΗΣ**

**ΓΙΑ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
Ο ΑΝ. ΠΡΥΤΑΝΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ  
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ**

**ΕΙΡΗΝΗ ΔΟΥΡΟΥ**

**ΘΩΜΑΣ ΣΦΗΚΟΠΟΥΛΟΣ»**

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

Πρόταση του  
Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ)  
προς την  
Περιφέρεια Αττικής

**«ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ»**

Την πρόταση υποβάλλει το ΕΚΠΑ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ – Α΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ – ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, το πρόγραμμα – κατά το νόμο – θα διαχειριστεί ο Ειδικός Λογαριασμός Κονδυλίων Έρευνας (ΕΛΚΕ) του ΕΚΠΑ. Επιστημονικός Υπεύθυνος του Προγράμματος είναι ο Καθηγητής Χαράλαμπος Παπαγεωργίου – Διευθυντής Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Αιγινήτειο Νοσοκομείο.

ΑΘΗΝΑ, 2018

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|                                                                                |                                                                                                                                                                       | ΣΕΛΙΔΑ |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>Εισαγωγή-Αντικείμενο</b>                                                    |                                                                                                                                                                       | 2      |
| <b>Αναλυτική Περιγραφή του Προγράμματος ανά Δράσεις έρευνας και παρέμβασης</b> |                                                                                                                                                                       | 5      |
| ΔΡΑΣΗ 1:                                                                       | Πρόγραμμα Εκπαίδευσης και Υποστήριξης ειδικών της Ψυχικής Υγείας για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής                                                 | 5      |
| ΔΡΑΣΗ 2:                                                                       | Ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ανθεκτικοί στη θεραπεία.                                                                                                   | 10     |
| ΔΡΑΣΗ 3:                                                                       | Ασθενείς με νευροαναπτυξιακές διαταραχές.                                                                                                                             | 12     |
| ΔΡΑΣΗ 4:                                                                       | Ασθενείς με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) και συναφείς διαταραχές (Σωματοδυσμορφο-φοβική Διαταραχή, Διαταραχή Παρασυσσώρευσης, κλπ).                             | 14     |
| ΔΡΑΣΗ 5:                                                                       | Ασθενείς σε οξεία φάση φορείς σοβαρών ψυχικών διαταραχών.                                                                                                             | 15     |
| ΔΡΑΣΗ 6:                                                                       | Ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), μεταμοσχευθέντες, οικείοι και φροντιστές και Δότες Νεφρών.                                                               | 19     |
| ΔΡΑΣΗ 7:                                                                       | Εντοπισμός και στάθμιση των πιθανών επιπτώσεων της εκάστοτε ασθένειας στο ηθικό κρίνουν και τη λήψη αποφάσεων από μέρους των ασθενών, των οικείων και των φροντιστών. | 29     |
| ΔΡΑΣΗ 8:                                                                       | Ψυχο-εκπαίδευση ιατρών, ασθενών και οικείων φροντιστών.                                                                                                               | 32     |
| ΔΡΑΣΗ 9:                                                                       | Αντιμετώπιση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες οφειλόμενης σε Φυσικές Καταστροφές.                                                                                     | 40     |
| ΔΡΑΣΗ 10:                                                                      | Στάσεις του κοινού απέναντι στους πρόσφυγες και υλοποίηση παρεμβάσεων.                                                                                                | 43     |
| <b>Περιγραφή ανά Φάσεις Εργασίας</b>                                           |                                                                                                                                                                       | 46     |
| ΦΑΣΗ 1                                                                         | ΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ                                                                                                                                    | 46     |
| ΦΑΣΗ 2                                                                         | ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ του ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ (Παραδοτέα)                                                                                                                                | 48     |
|                                                                                | ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΡΑΣΕΩΝ & ΠΑΡΑΔΟΤΕΩΝ                                                                                                                                          | 53     |
| ΦΑΣΗ 3                                                                         | ΔΙΟΙΚΗΣΗ του ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ, ΔΗΜΟΣΙΟΤΗΤΑ και ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ                                                                                                        | 56     |
|                                                                                | ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ                                                                                                                            | 57     |
|                                                                                | ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ)                                                                                                                                              | 61     |



## Εισαγωγή-Αντικείμενο

Η Ψυχιατρική νοσηρότητα και συν-νοσηρότητα είναι υψηλή και η γνώση της είναι απαραίτητη σε κάθε ιατρική ειδικότητα. Τουλάχιστον το 20-30% του γενικού πληθυσμού έχει εκδηλώσει ή θα εκδηλώσει κάποια ψυχική νόσο, ενώ το 50% των ασθενών οποιουδήποτε ιατρού εμφανίζει και φυσική διαταραχή η οποία πολύ συχνά επηρεάζει τόσο τον τρόπο εκδήλωσης της «σωματικής» νόσου όσο και τη θεραπευτική διαδικασία.

Για το λόγο αυτό, όλοι οι επιστήμονες στον τομέα της υγείας πρέπει να είναι ικανοί να αναγνωρίζουν την ψυχιατρική νοσηρότητα και να προσαρμόζουν την αντιμετώπιση του ασθενούς ανάλογα και, αν χρειάζεται, σε συνεργασία με ψυχίατρο.

Τα «ψυχιατρικά» προβλήματα δεν είναι λιγότερο σημαντικά από τα «σωματικά», καθόσον τα ψυχιατρικά νοσήματα παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας (κυρίως από αυτοκτονία, ακόμη και σε νεαρή ηλικία, ενώ η θνησιμότητα από άλλα νοσήματα υπάρχει κυρίως σε μεγαλύτερες ηλικίες) και κόστους (τόσο άμεσου λόγω της έναρξης τους σε μικρές ηλικίες και τη χρονιότητά τους, όσο και εμμέσου εξαιτίας της απώλειας παραγωγικότητας και της αυξημένης προσέλευσης των ψυχιατρικών ασθενών σε ιατρικές υπηρεσίες ακόμα και για σωματικές αιτιάσεις). Ενδεικτικά επισημαίνεται ότι το 2020 η κατάθλιψη (ένα υποσύνολο της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας) εκτιμάται ότι διαμορφώνει τη 2<sup>η</sup> αιτία αναπήρων στον πλανήτη.

Κατά τα τελευταία έτη έχει σημειωθεί πολύ μεγάλη πρόοδος τόσο στη θεραπευτική όσο και στην επεξήγηση των μηχανισμών της ψυχικής νόσου (νευροανατομία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, φυσιολογία της εγκεφαλικής λειτουργίας, γενετική και επιγενετική, βιολογικοί συντελεστές). Έτσι, η ψυχιατρική καθίσταται όλο και πιο πολύ μέρος της «βιολογικής» ιατρικής όσο και οποιαδήποτε άλλη ειδικότητα, ενώ ταυτοχρόνως διατηρεί και την ψυχολογική και ψυχοθεραπευτική διάσταση.

Τούτων όλων των δεδομένων η Α' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική του ΕΚΠΑ προτίθεται να αναλάβει πρωτοβουλία εστιάζουσα στην ΕΡΕΥΝΑ, στο ΔΗΜΟΣΙΟ ΩΦΕΛΟΣ όσο και στην προαγωγή της ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ.

(Α) Αναφορικά με το **ΔΗΜΟΣΙΟ ΩΦΕΛΟΣ** ή παρούσα πρόταση στοχεύει:

Στην υποστήριξη της προαγωγής και διάδοσης τεκμηριωμένων προγραμμάτων ψυχικής υγιεινής που καλύπτουν ευρύ φάσμα «ευαίσθητων» πληθυσμιακών ομάδων όπως:

1. Ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής (ανορεκτικοί ασθενείς),
2. Ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ανθεκτικοί στη θεραπεία,
3. Ασθενείς με νευροαναπτυξιακές διαταραχές,
4. Ασθενείς με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) και συναφείς διαταραχές (Δυσμορφοβική Διαταραχή, Διαταραχή Παρασυσσώρευσης),
5. Ασθενείς σε οξεία φάση φορείς σοβαρών ψυχικών διαταραχών,
6. Ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), μεταμοσχευθέντες, οικείοι και φροντιστές και οι Δότες Νεφρών.
7. Εντοπισμός και στάθμιση των πιθανών επιπτώσεων της εκάστοτε ασθένειας στο ηθικό κρίνουν και τη λήψη αποφάσεων από μέρους των ασθενών, των οικείων και των φροντιστών.
8. Ψυχο-εκπαίδευση ιατρών, ασθενών και οικείων φροντιστών.
9. Πάσχοντες από Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες οφειλόμενη σε Φυσικές Καταστροφές
10. Στάσεις του κοινού απέναντι στους πρόσφυγες και υλοποίηση παρεμβάσεων.

Στο συγκεκριμένο πλαίσιο εντάσσεται η εφαρμογή δράσεων που εστιάζουν:

1. Στην ψυχο-εκπαίδευση και υποστήριξη χρόνιων / σοβαρών σωματικών και ψυχικών νόσων.
2. Στη δημιουργία στρατηγικών πρόληψης και ορισμένες από τις πολύ συχνές και ιδιαιτέρως δαπανηρές για τη ζωή ψυχιατρικές οντότητες (όπως οι προαναφερόμενες).
3. Στη διάδοση των εγκύρων ενδείξεων αναφορικά με τη διαγνωστική και τη θεραπευτική αποτίμηση, αλλά και τη διαμόρφωση «μέσων» (κλινικών, ψυχομετρικών, ψυχοφυσιολογικών) για

- την αποτίμηση του ψυχικώς ευ-έχειν όπως και των συμπροσδιοριστικών παραγόντων (συμπληρωματικά με την αποτίμηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας) κατά την πορεία της ζωής.
4. Στην επιτάχυνση της ορθολογικής εφαρμογής των σύγχρονων διαγνωστικών και θεραπευτικών κατακτήσεων στην αποτελεσματική μέριμνα των ψυχική πασχόντων.
  - 6 Στην ταυτοποίηση και εξέλιξη μεθόδων για την πρόληψη και έγκαιρη παρέμβαση στις στρεσογόνες συνθήκες ζωής όπως και των συνεπειών τους τόσο σε ατομικό όσο και συλλογικό επίπεδο.
  - 7 Στην ενίσχυση της επίγνωσης της επίδρασης των κοινωνικών συντελεστών στη «σωματική» και «ψυχική» υγεία, καθώς και την ανάδειξη της σπουδαιότητας της ψυχικής υγείας ως διαμεσολαβητή στο κοινωνικό γίνεσθαι.

(B) Αναφορικά με την **ΕΡΕΥΝΑ** και την **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ** η έμφαση δίδεται:

- (i) Στην εμπλοκή νέων επιστημόνων με στόχο την εκπόνηση Διδακτορικής Διατριβής,
- (ii) Στην εφαρμογή προσεκτικά ελεγμένων νευροψυχολογικών δοκιμασιών που ανοίγουν το δρόμο παραγωγικής έρευνας των σχέσεων εγκεφάλου-συμπεριφοράς και ασφαλώς συνεπούς παρακολούθησης θεμελιακών λειτουργιών του εγκεφάλου στις περιπτώσεις όπου το άτομο είναι εκτεθειμένο σε υπαρξιακά και κοινωνικά διλήμματα και
- (iii) Στη συντεταγμένη αξιοποίηση του δυναμικού των υποψηφίων διδακτόρων και μεταδιδακτόρων που δι' αυτού του τρόπου δύναται να επενδύσουν και εξελίξουν το Επιστημονικό Δυναμικό τους και ασφαλώς να ανατροφοδοτήσουν το κοινωνικό σύνολο, ενώ διαμορφώνεται παράλληλα ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΘΗΚΗ αναστολής της «αιμορραγίας ανθρωπίνων εγκεφάλων» (brain drain) από την πατρίδα μας.

#### Γενική αναφορά-σχόλιο περί των Παραδοτέων

Σε συνέχεια όσων αναφέρονται πιο πάνω σχετικά με την Έρευνα και Επιστημονική Καινοτομία και ως μια πρώτη γενική αναφορά και σχόλιο περί των Παραδοτέων της υπό πρόταση έρευνας, θα θέλαμε να αναφερθούμε ότι σε κάθε μια από τις ακόλουθες δράσεις προβλέπονται μεταξύ άλλων:

**1)** Συμμετοχή στην έρευνα τουλάχιστον ενός υποψηφίων διδακτόρων προς εκπόνηση σημαντικού μέρους της διδακτορικής διατριβής της οποίας το θέμα θα είναι απολύτως συναφές με την εν λόγω προτεινόμενη δράση. Σημειωτέον ότι ο κάθε υποψήφιος διδάκτορας λειτουργεί εν τη χρηματοδοτήσει του ως πολλαπλασιαστής στην έρευνα και την πρόσκτηση γνώσης από τα εγχώρια ακαδημαϊκά και ερευνητικά ιδρύματα, συνεπώς και ως πολλαπλασιαστής του διεθνούς κύρους των τελευταίων αυτών. Επιπροσθέτως, η χρηματοδοτούμενη ερευνητική απασχόληση των υποψηφίων διδακτόρων συνεισφέρει στην ανάσχεση της αιμορραγίας επιστημονικά καταρτισμένου ανθρώπινου δυναμικού που υφίσταται εντόνως τα τελευταία 8 χρόνια η χώρα μας.

**2)** Συμμετοχή τουλάχιστον ενός μεταδιδάκτορα των οποίων το θέμα της μεταδιδακτορικής έρευνας θα είναι ευθυγραμμισμένο με το θέμα της εν λόγω προτεινόμενης δράσης. Πρέπει στο σημείο αυτό να τονιστεί ότι οι μεταδιδάκτορες αποτελούν μια πολύ «ευαίσθητη» ομάδα του εγχώριου ακαδημαϊκού πληθυσμού, δεδομένου ότι βρίσκονται στο μεταίχμιο της εξέλιξής τους από φοιτητές σε ακαδημαϊκούς ερευνητές και δασκάλους. Είναι δε μια ομάδα πολύτιμη για την ομαλή συνέχιση της ακαδημαϊκής ζωής του τόπου, καθώς συνιστούν ένα δυναμικό υψηλής επιστημονικής κατάρτισης και εξειδίκευσης το οποίο ήδη σε πολλές περιπτώσεις καλύπτει όχι μόνο έκτακτες αλλά και πάγιες ανάγκες έρευνας και διδασκαλίας στα πανεπιστήμια της χώρας συνήθως με χαμηλές και μη σταθερές οικονομικές απολαβές και σε κάποιες περιπτώσεις αμισθί. Ευρισκόμενοι, ωστόσο, στο στάδιο της ωρίμανσής τους από φοιτητές σε ακαδημαϊκούς ερευνητές και δασκάλους, οι μεταδιδάκτορες είναι δυστυχώς ευεπίφοροι στους πειρασμούς της μετανάστευσης σε χώρες που τους υπόσχονται θέσεις εργασίας στα δικά τους ακαδημαϊκά και ερευνητικά ιδρύματα.

**3)** Δημοσίευση τουλάχιστον 2 ερευνητικών άρθρων σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά (journal articles) και τουλάχιστον 2 ερευνητικών άρθρων σε διεθνή επιστημονικά συνέδρια (conference papers) με στόχο 1<sup>ο</sup> την επικύρωση των ευρημάτων της υπό πρόταση έρευνας από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα και 2<sup>ο</sup> τη διάδοση (dissemination) των στόχων και των αποτελεσμάτων της έρευνας στο διεθνές επιστημονικό στερέωμα. Η επίτευξη αμφότερων των στόχων της επιστημονικής επικύρωσης και της

διάχυσης των αποτελεσμάτων κρίνεται απαραίτητη ώστε η πρωτογενής γνώση που θα προκύψει από την εν λόγω προτεινόμενη έρευνα να μπορέσει στα αμέσως επόμενα χρόνια μετουσιωθεί σε εφαρμοσμένη γνώση, ήτοι σε νέες μεθόδους πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας ή/και σε ενίσχυση των ήδη δοκιμασμένων αντίστοιχων πρακτικών.

4) Δημιουργία πρωτότυπων υπολογιστικών «εργαλείων» για την επιτέλεση ή/και διευκόλυνση του ερευνητικού και θεραπευτικού έργου. Με το πέρας της παρούσας προτεινόμενης έρευνας τα εν λόγω «εργαλεία» θα αποτελέσουν μια νέα δεξαμενή θεραπευτικών και ερευνητικών μέσων, μια «εργαλειοθήκη» προσβάσιμη σε κάθε εγχώριο θεραπευτή και ερευνητή που θέλει να δραστηριοποιηθεί ιατρικά και επιστημονικά στη χώρα αλλά και διεθνώς.

**Αναλυτική Περιγραφή του Προγράμματος ανά Δράσεις έρευνας και παρέμβασης** (οι Βιβλιογραφικές αναφορές παρουσιάζονται στο τέλος της παρούσης στο Παράρτημα Α).

### **ΔΡΑΣΗ 1: Πρόγραμμα Εκπαίδευσης και Υποστήριξης ειδικών της Ψυχικής Υγείας για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής**

#### **1. Εισαγωγή**

Η αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ) είναι κυρίως εξωνοσοκομειακή. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως και κυρίως στην Ψυχογενή Ανορεξία οι ιατρικές επιπλοκές που προκαλεί ο αντιπροκαλούμενος υποσιτισμός απαιτούν η αρχική τουλάχιστον αντιμετώπιση της διαταραχής να γίνει εντός του νοσοκομείου. Η νοσηλεία για την αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Ανορεξίας στη χώρα μας παρουσιάζει μια σειρά από δυσεπίλυτα προβλήματα ορισμένα από τα οποία παρατίθενται παρακάτω:

α) ο αριθμός των διαθέσιμων κλινών σε ψυχιατρικές κλινικές είναι περιορισμένος. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στο Νομό Αττικής υπάρχουν μόνο 6 κλίνες στην Α' και Β' Ψυχιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ. Και αυτές οι κλίνες βρίσκονται εντός νοσηλευτικών μονάδων που φιλοξενούν πάσχοντες από διάφορα ψυχικά νοσήματα.

β) για τους νεαρούς εφήβους και τα παιδιά αν και πραγματοποιούνται νοσηλείες αυτές γίνονται σε γενικά παιδοψυχιατρικά τμήματα.

γ) ένας μεγάλος αριθμός ασθενών αρνείται να εισαχθεί στο νοσοκομείο παρά τη σοβαρότητα της ιατρικής κατάστασής του.

δ) ο αριθμός των ειδικών της ψυχικής υγείας που είναι καταρτισμένοι για να αντιμετωπίσουν περιστατικά ψυχογενούς ανορεξίας είναι περιορισμένος και λόγω της οικονομικής δυσχέρειας της χώρας δεν προβλέπεται να αυξηθεί εντός των επόμενων ετών.

Η διεθνής πρακτική των τελευταίων δεκαετιών είναι να περιορίζεται η ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση των ΔΠΤ για οικονομικούς και ψυχοκοινωνικούς λόγους και να αντικαθίστανται από προγράμματα εξωνοσοκομειακής θεραπείας.

#### **2. Οι στόχοι της Δράσης**

Η Δράση έχει τους παρακάτω στόχους:

##### **α. Μείωση του στίγματος για τις ΔΠΤ μέσω της αξιόπιστης και επιστημονικής πληροφόρησης.**

Ακόμα και σήμερα οι πάσχοντες από ΔΠΤ και κυρίως ψυχογενή ανορεξία αντιμετωπίζονται ως άτομα που αν “το ήθελαν πραγματικά” θα μπορούσαν να αυτοθεραπευτούν. Η δε πίεση που υφίσταται το δημόσιο σύστημα υγείας αυξάνει αυτό το στιγματισμό. “Γιατί να ασχολείται κανείς μαζί τους αντί να ασχοληθεί με αυτούς που ζητάνε βοήθεια και θέλουν να γίνουν καλά;”. Οι πάσχοντες από ΔΠΤ είναι οι δύσκολοι ασθενείς, που δεν επιδέχονται φαρμακευτικής αγωγής και χρήζουν μακροχρόνιας ψυχοθεραπείας. “Τί μπορούμε να προσφέρουμε όταν έχουμε υπεράριθμους ασθενείς στο νοσηλευτικό τμήμα και εμείς είμαστε τόσο λίγοι;”. Ο στόχος του προγράμματος είναι ακριβώς η ενίσχυση του ειδικών της δημόσιας ψυχικής υγείας στο να μην στιγματίζουν τους πάσχοντες από ΔΠΤ με το να εμπλέκονται ενεργά και αποτελεσματικά στη θεραπεία τους.

**β. Αύξηση της δυνατότητας του δημόσιου συστήματος ψυχικής υγείας για την αντιμετώπιση των ΔΠΤ.** Σε συνέχεια του προηγούμενου στόχου, αν και η αντιμετώπιση των σοβαρών περιπτώσεων

αναγκαστικά θα πρέπει να γίνει σε ειδικές θεραπευτικές μονάδες, είναι σημαντικό οι ειδικοί της ψυχικής υγείας στο δημόσιο σύστημα ψυχικής υγείας (πχ. κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας) να μπορούν να εφαρμόζουν μια σειρά από θεραπευτικές πρακτικές που να προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια στους πάσχοντες από ΔΠΤ. Οι εν λόγω πρακτικές πρέπει είναι να είναι απλές στην κατανόηση και εφαρμογή τους και να μην απαιτούν μακροχρόνια εκπαίδευση του προσωπικού ενώ ταυτόχρονα πρέπει να είναι και αποτελεσματικές στη θεραπεία. Για το σκοπό αυτό θα χρησιμοποιηθούν στοιχεία από το γνωσιακό συμπεριφορικό μοντέλο της θεραπείας των ΔΠΤ που έχει δύο βοηθητικά χαρακτηριστικά: 1<sup>ο</sup> είναι εύκολο να οργανωθεί σε εγχειρίδιο και 2<sup>ο</sup> μπορεί να εφαρμοστεί σε διαδοχικά απλά και κατανοητά στάδια.

**γ. Μείωση του χρόνου ανταπόκρισης στο αίτημα του πάσχοντα για θεραπεία.** Κατά την παρούσα φάση ο πάσχοντας από ΔΠΤ μπορεί να περιμένει πολλούς μήνες μέχρι να γίνει δεκτός σε κάποιο ειδικό πρόγραμμα για την αντιμετώπιση των ΔΠΤ. Ο στόχος του προγράμματος είναι μέσα από την διασύνδεση των φορέων της ψυχικής υγείας της Αττικής να πετύχουμε το στόχο της **“Πρώτη συνάντηση μέσα σε 30 ημέρες”** που θεωρείται και διεθνώς ότι είναι ένα αποδεκτό όριο για την έναρξη της παρακολούθησης ενός πάσχοντα από ΔΠΤ.

**δ. Η συμμαχία με τους κατοίκους της Αττικής.** Το πρόγραμμα στοχεύει στην διάτρηση του τείχους της ένοχης σιωπής που καλύπτει τις ΔΠΤ. Τη δημιουργία μιας σταθερής στο χρόνο συμμαχίας μέσω φορέων, πασχόντων, του οικογενειών τους και των ειδικών. Τα τελευταία έτη παρατηρούμε ότι η απελπισία των οικογενειών και των πασχόντων από την αδυναμία των ειδικών μονάδων να ανταποκριθούν στα αιτήματα για θεραπεία έχει αυξηθεί σημαντικά. Ο στόχος του προγράμματος είναι να δημιουργήσει μια εξωστρεφή συμμαχία όλων των εμπλεκόμενων απέναντι στην ΔΠΤ. **“Μιλάμε για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής γιατί μπορούμε να τις νικήσουμε μαζί!”**

### 3. Οι άξονες δράσης:

#### **Α. Εκπαίδευση ειδικών της ψυχικής υγείας στην αντιμετώπιση των ΔΠΤ (σε τομή με τη Δράση 8)**

Η Μονάδα ΔΠΤ της 1ης Ψυχιατρικής Κλινικής του ΕΚΠΑ έχει άνω των 10 ετών εμπειρία εκπαίδευσης ειδικών της ψυχικής υγείας στην αντιμετώπιση των ΔΠΤ. Θα οργανώσει και θα προσφέρει σε συνεργασία με τους φορείς που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο Λεκανοπέδιο της Αττικής εκπαιδευτικά σεμινάρια με στόχο της ευαισθητοποίηση και ενημέρωσή τους για την αντιμετώπιση των ΔΠΤ σε ενδονοσοκομειακό και εξωνοσοκομειακό πλαίσιο. Το σεμινάριο θα επαναλαμβάνεται σε ετήσια βάση ώστε να προσφέρει τη δυνατότητα να υπάρξει διεύρυνση και επέκταση των δεξιοτήτων και των γνώσεων των επωφελούμενων.

#### **Β. Παροχή υποστήριξης σε φορείς που αντιμετωπίζουν ασθενείς που παρουσιάζουν συμπτωματολογία ΔΠΤ**

Συγκεκριμένα, θα δημιουργηθεί μια ομάδα στα πλαίσια της λειτουργίας του ιατρείου Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής που θα προσφέρει εποπτεία στο χώρο εργασίας των ειδικών της ψυχικής υγείας που νοσηλεύουν ή αντιμετωπίζουν κάποιο περιστατικό που πάσχει από ΔΠΤ. Με αυτό τον τρόπο θα παρακαμφθεί το βασικό πρόβλημα της εποπτείας σε δημόσιους φορείς δηλαδή το ότι ο ειδικός θα πρέπει να λάβει άδεια για να απομακρυνθεί από το χώρο της εργασίας του ή να οργανώσει την εποπτεία του μετά τη λήξη του ωραρίου εργασίας του κάτι που για πολλούς εργαζόμενους είναι ιδιαίτερα δύσκολο λόγω οικογενειακών ή προσωπικών υποχρεώσεων.

#### **Γ. Δημιουργία δικτύου για τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής**

Ένα από τα βασικά προβλήματα που παρουσιάζεται τα τελευταία έτη είναι η αύξηση του αριθμού των αιτημάτων για θεραπεία ενώ ο αριθμός των θεραπειών παραμένει μειωμένος. Το πρόγραμμα φιλοδοξεί να δημιουργήσει ένα δίκτυο συνεργασίας και παραπομπών μεταξύ των κρατικών ή μη κυβερνητικών φορέων που ασχολούνται με την αντιμετώπιση των ΔΠΤ εντός του λεκανοπεδίου της Αττικής έτσι ώστε ο πάσχων να μπορεί να βρει γρήγορα πρόσβαση σε θεραπεία.

#### **Δ. Ανάπτυξη καινοτόμων κλινικο-ψυχοφυσιολογικών μεθόδων για την συνεπή διαγνωστική-θεραπευτική αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Η προαναφερόμενη κλινικο-εργαστηριακή στρατηγική εφαρμόζεται κατ'αναλογία και στις δράσεις 2,3,5,10

Με την μεγάλη τεχνολογική επανάσταση των τελευταίων δεκαετιών, οι κλινικοί έχουν την δυνατότητα να παρατηρούν τον ζώντα εγκέφαλο. Η ψυχοφυσιολογία παρέχει πλέον τεχνικές που επιτρέπουν την συνεπή μελέτη θεμελιακών πτυχών των εγκεφαλικών λειτουργιών που έμεναν απρόσιτες με την χρήση των παραδοσιακών νευρο-ψυχολογικών τεχνικών. Οι συγκεκριμένες τεχνικές αφορούν:

- (i) Την καταγραφή της Ηλεκτρο-εγκεφαλογραφικής (ΗΕΓ) δραστηριότητας μέσω ασύρματων συσκευών.
- (ii) Την καταγραφή άλλων - πλην της ΗΕΓ - βιο-σημάτων, μέσω ενός συνόλου ψυχοφυσιολογικών αισθητήρων προσαρμοσμένων σε ειδικά σχεδιασμένο περικάρπιο (Ψυχοφυσιολογικός αισθητήρας). Οι εν λόγω αισθητήρες επιτρέπουν την καταγραφή σωματικών λειτουργιών σχετιζόμενων με το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Αναλυτικότερα καταγράφουν:
  - (α) Μεταβλητότητα Καρδιακών Παλμών (Heart Rate Variability-HRV)/Αισθητήρας Φωτο-πληθυσμογραφίας (Photoplethysmogram Sensor-PPG sensor)
  - (β) Ηλεκτρο-δερμική Δραστηριότητα (Electrodermal Activity-EDA)/Αισθητήρας Γαλβανικής Δερματικής Απόκρισης (Galvanic Skin Response – GSR Sensor)
  - (γ) Θερμοκρασία δέρματος/Αισθητήρας Θερμοκρασίας Δέρματος (Skin Temperature Sensor)
  - (δ) Κίνηση και Δραστηριότητα / Αισθητήρας Κίνησης και Δραστηριότητας - Μονάδα Αδρανούς Μέτρησης (Movement and Activity - Inertial Measurement Unit IMU)

**A)** Αναφορικά προς την **ΗΕΓ δραστηριότητα**, σημειώνεται ότι κάθε ΗΕΓ ρυθμός (π.χ. δέλτα, θήτα, άλφα, βήτα, γάμμα) σηματοδοτεί την αρχή και το πέρας της κωδικοποίησης/αποκωδικοποίησης και μεταφοράς πληροφορίας στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) κατά την αέναη συναλλαγή του οργανισμού με το διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Βάσει αυτής της συλλογιστικής, οι ΗΕΓ ρυθμοί αντικατοπτρίζουν διακριτές λειτουργικές αποστολές του ΚΝΣ. Ειδικότερα, η σχετική βιβλιογραφία τονίζει τα ακόλουθα:

#### **δ ΗΕΓ δραστηριότητα ( 0-4 Hz)**

Η δ ΗΕΓ δραστηριότητα θεωρείται ότι απεικονίζει τη λειτουργία των νευρωνικών κυκλωμάτων που υπόκεινται της μεταφοράς πληροφοριών στη συνείδηση. Ο δ ΗΕΓ ρυθμός κατά τον βαθύ ύπνο αντικατοπτρίζει την ενεργοποίηση των νευρο-ορμονικών κυκλωμάτων που υπόκεινται της αναζωογόνησης του σώματος. Ακόμη ο δ ΗΕΓ ρυθμός κατά τον βαθύ ύπνο πιθανολογείται ότι απεικονίζει τη μεταφορά του μαθησιακού υλικού από τη μνήμη βραχείας διάρκειας στη μνήμη μακράς διάρκειας.

[Halasz, et al., 2014; Assenza, et al., 2015]

#### **θ ΗΕΓ δραστηριότητα (4 – 8 Hz)**

Οι κυματομορφές θ της ΗΕΓ εγκεφαλικής δραστηριότητας (υποκάμπειας & μεταιχμιακής αφετηρίας) υποστηρίζεται ότι αντικατοπτρίζει την εγγραφή εποικοδομητικών πληροφοριών στη μνήμη μακράς διάρκειας. Φλοιϊκής αφετηρίας θ ΗΕΓ εγκεφαλική δραστηριότητα εκτιμάται ότι αντιπροσωπεύει ένα δεσμευτικό ρυθμό που συνδέει χρονικά, λειτουργικά συνδεόμενα νευρωνικά κυκλώματα προκειμένου να εξασφαλισθεί η διεργασία της μνημονικής εγγραφής. Είναι αξιοσημείωτο ότι η επαγωγή (μέσω βιο-ανάδρασης ή/και ύπνωσης) της θ ΗΕΓ δραστηριότητας χρησιμοποιείται για την θεραπευτική αντιμετώπιση αγχωδών εκδηλώσεων και τραυματικών μνημών στο μετα-τραυματικό σύνδρομο (Post-Traumatic-Stress-Disorder).

(Buzsaki et al., 2005; Desai, et al., 2015)

#### **α ΗΕΓ δραστηριότητα (8-12 Hz)**

Έχει υποστηριχθεί ότι η α ΗΕΓ δραστηριότητα αντιπροσωπεύει την λειτουργική νευρωνική διασύνδεση ειδικότερα την δραστηριότητα που αναστέλλει το 'θόρυβο' κατά τη διακίνηση της πληροφορίας δια μέσου της Λειτουργικής Μνήμης (Working Memory). Συμπερασματικά η α ΗΕΓ δραστηριότητα είναι συνδεδεμένη με τις καταστάσεις που στεγάζονται στους όρους: Μάθηση,

Εγρήγορση, Νηνεμία/Γαλήνη, Νοητικός Συντονισμός, Νοητική Απαρτίωση(Palva, & Palva, 2007; Basar, 2012; Kim et al., 2013).

#### **β ΗΕΓ δραστηριότητα (13-30 Hz).**

Η β ΗΕΓ δραστηριότητα εκτιμάται ότι απεικονίζει τη λειτουργία των νευρωνικών κυκλωμάτων που υπόκεινται της διατήρησης της αδράνειας (status quo) των αισθητικο-κινητικών και γνωσιακών φαινομένων κατά τη συναλλαγή του οργανισμού με το εκάστοτε περιβάλλον του.

Έτσι οι αποκλίσεις στη β ΗΕΓ δραστηριότητα πιστεύεται ότι αντικατοπτρίζουν την αδυναμία ή/και την επιδείνωση της ευκαμψίας του status quo των προσαρμοστικών συστημάτων του κεντρικού νευρικού συστήματος (Neuper, & Pfurtscheller, 2001; Lee, et al., 2014).

**γ ΗΕΓ δραστηριότητα (κυμαίνεται πέραν της συχνότητας των 30 Hz)** Εκτιμάται ότι αντικατοπτρίζει την σύγχρονη επεξεργασία πληροφοριών από διαφορετικές εγκεφαλικές περιοχές. Η γ ΗΕΓ δραστηριότητα τροποποιείται τόσο από εξωτερικές όσο και από εσωτερικές διεργασίες. Η ισχύς της γ ΗΕΓ δραστηριότητας αυξάνει με την αισθητηριακή κινητοποίηση, όπως και με κρίσιμα φαινόμενα επιβίωσης όπως προσοχή, λειτουργική μνήμη, μάθηση.

Αναφορικά προς την **ψυχοφυσιολογική σημασία** της γ ΗΕΓ δραστηριότητας, μία θεώρηση υποστηρίζει τη θέση ότι η γ ΗΕΓ δραστηριότητα απεικονίζει τη λειτουργία των νευρωνικών κυκλωμάτων που ενεργούν ως χρονικό πλαίσιο αναφοράς σε σχέση με την αποκωδικοποίηση του αισθητηριακού ερεθισμού. Μία δεύτερη θεώρηση υποστηρίζει την εκδοχή ότι η γ ΗΕΓ δραστηριότητα επηρεάζει την επικοινωνία των νευρωνικών κυκλωμάτων με στόχο την διασφάλιση την συνεκτικότητα της επικοινωνίας των. Τέλος μία τρίτη υπόθεση υποστηρίζει ότι η γ ΗΕΓ δραστηριότητα συντονίζει τα επιμέρους νευρωνικά κυκλώματα που υπηρετούν την αισθητηριακή απαρτίωση(Skinner et al., 2000; Jia X., & Kohn A., 2011; Wang, et al., 2013; Ray S, & Maunsell JH, 2015).

- Β)** Αναφορικά προς τις **περιφερικές (Αυτονομικές) μετρήσεις** (Μεταβλητότητα Καρδιακών Παλμών, Ηλεκτρο-δερμική Αγωγιμότητα, Θερμοκρασία δέρματος, Κίνηση και Δραστηριότητα), αξίζει να επισημανθεί ότι έχουν από καιρό συσχετιστεί επιτυχώς με την τρέχουσα συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου. Ως εκ τούτου, η ταυτόχρονη με τη χορήγηση καλά σταθμισμένων ψυχο-μετρικών δοκιμασιών καταγραφή τους επιτρέπει το σχηματισμό μιας όσο το δυνατόν σφαιρικότερης εικόνας περί της ενεστώσας ψυχο-παθολογίας του υπό εξέταση υποκειμένου.
- Αναλυτικότερα, σημειώνεται ότι το νευρικό σύστημα και συγκεκριμένα το συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα είναι υπεύθυνα για την διαχείριση των συναισθημάτων. Στις περιπτώσεις όπου το σώμα μας χρειάζεται ενέργεια και ένταση το συμπαθητικό νευρικό σύστημα ενεργοποιείται ενώ, σε περιπτώσεις ηρεμίας, το παρασυμπαθητικό αντίστοιχα. Ο **Ψυχοφυσιολογικός αισθητήρας** (περικάρπιο), χρησιμοποιώντας 3 βασικούς (μεταβλητότητα καρδιακών παλμών, ηλεκτρο-δερμική αγωγιμότητα και θερμοκρασία δέρματος) και 2 δευτερεύοντες (κίνησης & δραστηριότητας & υγρασίας και θερμοκρασίας περιβάλλοντος) αισθητήρες, συλλέγει βιο-σήματα τα οποία συνδυάζει και επεξεργάζεται με μεθόδους επεξεργασίας σημάτων και μηχανικής μάθησης, αναλύοντας τη συναισθηματική κατάσταση ενός χρήστη. Ο **αισθητήρας φωτο-πληθυσμογραφίας** εκτιμά τη ροή του αίματος όπως αυτή ρυθμίζεται από τους κύπους της καρδιάς, δίνοντάς μας εν τέλει μια λεπτομερή δυναμική εικόνα των μεταβολών των καρδιακών παλμών. Ο **αισθητήρας ηλεκτρο-δερμικής δραστηριότητας** μπορεί, δια της μέτρησης των μεταβολών στην ηλεκτρική αγωγιμότητα του δέρματος, να αναγνωρίσει τη δραστηριοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, το οποίο και κινητοποιεί τις σωματικές αντιδράσεις. Οι συνθήκες ψυχικής έντασης μπορούν να οδηγήσουν σε συστολή και διαστολή των δερματικών πόρων με αποτέλεσμα την αλλαγή των ηλεκτρικών χαρακτηριστικών του δέρματος, ως δείγμα μιας συνεχώς αυξανόμενης συναισθηματικής ενεργοποίησης. Η θερμοκρασία του δέρματος ελέγχεται από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα το οποίο αντανakλά την εγκεφαλική δραστηριότητα και μετράται από ένα αισθητήρα υπέρυθρων (**αισθητήρας**

**Θερμοκρασίας Δέρματος).** Η κίνηση και η δραστηριότητα εκτιμώνται από μια μονάδα αδρανούς μέτρησης (**αισθητήρας Κίνησης και Δραστηριότητας / Μονάδα Αδρανούς Μέτρησης**). Η κίνηση και η δραστηριότητα εκτιμώνται από μια μονάδα αδρανούς μέτρησης. Αισθητήρες κίνησης σε συνδυασμό με αισθητήρες συλλογής βιολογικών σημάτων, όπως οι καρδιακοί παλμοί, έχουν χρησιμοποιηθεί για διάγνωση και θεραπεία ψυχιατρικών διαταραχών. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι η κινητική δραστηριότητα είναι μειωμένη σε άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη (Sung, M., Marci, C., & Pentland, A., 2005) ενώ κυμαίνεται σε ασθενείς με μανιακές διαταραχές (Wolff, E. A., et al, 1985). Ακόμα έχουν παρατηρηθεί ημερήσιες διακυμάνσεις στην κινητική δραστηριότητα ασθενών με κατάθλιψη, οι οποίες σχετίζονται με ενδείξεις μελαγχολίας και την ένταση αυτών (Lemke, M. R., et al., 1997). Ο **αισθητήρας Υγρασίας και Θερμοκρασίας Περιβάλλοντος** μετρά την υγρασία και την περιβάλλουσα θερμοκρασία. Αυτές σχετίζονται άμεσα με την αίσθηση της θερμοκρασίας και την αγωγιμότητα του δέρματος τόσο κατά την άσκηση όσο και σε ηρεμία (Gagge, A. P., 1969). Ακόμα, αλλαγές στις φυσιολογικές καταστάσεις, όπως η ενεργητικότητα, επηρεάζουν τόσο την φυσιολογική προσαρμογή όσο και την απόδοση.

Η ενσωμάτωση ψυχοφυσιολογικών τεχνικών κατά την εφαρμογή νευροψυχολογικών δοκιμασιών υπόσχεται βάσιμα να συμβάλλει στο κρίσιμο ζήτημα της συνεπούς διαγνωστικής οριοθέτησης και θεραπευτικής αποτίμησης των διαταραχών πρόσληψης τροφής, ένα θέμα που εγείρεται ολοένα και συχνότερα τελευταία από την επιστημονική κοινότητα.

Στο παρόν ερευνητικό έργο προτείνεται η συνδυασμένη εφαρμογή νευρο-ψυχολογικών δοκιμασιών με ψυχοφυσιολογικές τεχνικές προκειμένου **α) να οριοθετηθούν διαταραχές πρόσληψης τροφής ως προς τους υγιείς μάρτυρες, β) να διακριθούν μεταξύ των τα επιμέρους σύνδρομα στο φάσμα των διαταραχών πρόσληψης τροφής και γ) να αποτιμηθούν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις.**

Προς το σκοπό αυτό αρχικά λαμβάνει χώρα η κλινική-ψυχομετρική διάγνωση με την σύγχρονη ψυχοφυσιολογική καταγραφή (ασύρματο ΗΕΓ & ψυχοφυσιολογικό περικάρπιο).

Οι φορείς των διαταραχών πρόσληψης τροφής (ανάλογα με τα αποτελέσματα της αξιολόγησης) υποβάλλονται στο ενδεικνυόμενο ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα παρέμβασης.

Με το πέρας της παρέμβασης επαναξιολογούνται οι πάσχοντες τόσο σε νευροψυχολογικό επίπεδο ανάλυσης όσο και σε ψυχοφυσιολογικό επίπεδο ανάλυσης.

Επιπροσθέτως, έχει προβλεφθεί η εφαρμογή εξελιγμένων τεχνικών για την αποκάλυψη χρήσιμων πληροφοριών (βελτίωση της σχέσης 'σήμα'/'θόρυβος') που υφίστανται στα βιοσημάτα από την καταγραφή των ΗΕΓ βιοσημάτων (κυματομορφές δ,θ,α,β,γ) και των περιφερικών ψυχοφυσιολογικών βιοσημάτων (διακυμάνσεις καρδιαγγειακής δραστηριότητας, ηλεκτρο-δερματική δραστηριότητα), που συνδυάζονται με δοκιμασίες με ψυχολογική σπουδαιότητα.

Ειδικότερα, έχει σχεδιασθεί η εφαρμογή και αξιοποίηση τεχνικών νευρωνικών δικτύων, ευφυών συστημάτων, γενετικών αλγορίθμων όπως και μεθοδολογία Wavelets, ως συμπλήρωμα στις συμβατικές μεθόδους αξιολόγησης των βιοσημάτων. Στο πλαίσιο αυτής της προοπτικής έχει επίσης σχεδιασθεί η συμπλήρωση του όλου συστήματος με την μέθοδο (LORETA) που εξασφαλίζει πληροφορίες 'χωρικής ανάλυσης' της λειτουργίας του εγκεφάλου.

**Η προτεινόμενη προσέγγιση αναμένεται ότι θα δώσει χρήσιμα αποτελέσματα (α) σε σχέση με τους μηχανισμούς λειτουργίας του εγκεφάλου & του αυτόνομου νευρικού συστήματος, αλλά και β) σε σχέση με την διάγνωση και την αιτιοπαθογένεια των διαταραχών πρόσληψης τροφής.**

**Προοπτική:** Η εφαρμογή συνδυασμένης (σύγχρονης) ψυχομετρικής-ψυχοφυσιολογικής (ασύρματο ΗΕΓ & ψυχοφυσιολογικό περικάρπιο) παρατήρησης υπόσχεται ουσιαστικό ερευνητικό και κλινικό όφελος, κυρίως διότι επιτρέπει την ταυτόχρονη καταγραφή των επιδόσεων του εγκεφάλου και του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος:

1<sup>ο</sup> Αυξάνει την πιθανότητα κατανόησης των υποκείμενων νευροφυσιολογικών μηχανισμών των φαινομένων που συνοδεύουν τις λειτουργίες των συστημάτων επεξεργασίας πληροφοριών σε επίπεδο Κεντρικού Νευρικού Συστήματος & Αυτονόμου Νευρικού Συστήματος.

2<sup>ο</sup> Υπόσχεται ουσιαστική συμβολή στην κατανόηση άλλων ερωτημάτων σχετικών με την Ψυχοπαθολογία και τις νομοτέλειές της όπως: α) ο μηχανισμός δράσης ψυχοτρόπων ουσιών, β) οι ομοιότητες και διαφορές ανάμεσα στην Παθοφυσιολογία των διαφόρων συνδρόμων, γ) ο ρόλος των γενετικών παραμέτρων μέσω της αναζήτησης και ταυτοποίησης δεικτών ευπάθειας (Vulnerability markers) που παρατηρούνται σε περιόδους νόσησης και αποδρομής της νόσου, όπως και σε συγγενείς των αρρώστων και δ) η αναζήτηση και ταυτοποίηση δεικτών μη ευπάθειας (Invulnerability markers) σε συγγενείς των αρρώστων.

3<sup>ο</sup> Χαρακτηρίζεται από μια μη επεμβατική φύση, η οποία καθιστά αυτές τις ψυχοφυσιολογικές μετρήσεις **ελκυστικές και πρακτικές**, δοθέντος ότι μπορούν να καταγραφούν σε συγκεκριμένες περιόδους, ώστε να είναι δυνατή η παρατήρηση διακεκριμένων κλινικών μεταβολών και μάλιστα σε ποικιλία εξεταζόμενων αρρώστων σε οξεία φάση και γενικότερα ατόμων υψηλού κινδύνου συμπεριλαμβανομένων και παιδιών.

#### **Ε. Παρουσίαση της Δράσης και των δράσεων του στο κοινό**

Σε συνεργασία με την περιφέρεια Αττικής θα οργανωθούν μια σειρά εκδηλώσεων ανοικτών στο κοινό όπου θα παρουσιαστούν με τη συμμετοχή επιστημονικών και κοινωνικών φορέων τόσο οι δράσεις και τα αποτελέσματα του προγράμματος.

#### **ΔΡΑΣΗ 2: Ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ανθεκτικοί στη θεραπεία**

Η Μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι η πιο κοινή σοβαρή ψυχική διαταραχή με δια βίου επιπολασμό έως και 17% (Kessler et al., 2003). Διαθέσιμες βάσει τεκμηρίων θεραπείες οδηγούν σε βελτίωση των συμπτωμάτων στους περισσότερους ασθενείς. Ωστόσο, όπως προκύπτει από την σημαντικότερη ίσως δημοσίευσης αλληλουχίας Θεραπευτικών εναλλακτικών πρακτικών για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης [The Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR \* D)], στην οποία αναλύθηκαν τα αποτελέσματα μετά από αρκετά τυποποιημένα στάδια θεραπείας, το 33% των ασθενών δεν ανταποκρίνεται παρά στα τέσσερα, βάσει κριτηρίων, διαδοχικά στάδια συμμετοχής τους στις θεραπείες (Rush et al 2006)

Η βασική θεραπευτική στρατηγική για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης τα τελευταία 50 χρόνια αφορά κυρίως στα μονοαμινεργικά νευροδιαβιβαστικά συστήματα, με τις τελευταίες θεραπείες να συνίστανται σε φάρμακα όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νοραδρεναλίνης (Nelson, 1999). Ωστόσο, οι συγκεκριμένες θεραπείες έχουν σημαντικούς περιορισμούς: η αντικαταθλιπτική δράση καθυστερεί για εβδομάδες, και μόνο σε δύο από τους δέκα ασθενείς σημειώνεται κλινική βελτίωση των συμπτωμάτων πέραν εκείνης του εικονικού φαρμάκου (Penn and Tracy, 2012).

#### **Θεραπεία ασθενών με κεταμίνη**

Στις αρχές του 21<sup>ου</sup> αιώνα έγινε πλέον φανερό η σχετικά περιορισμένη κλινική χρησιμότητα της υπόθεσης των μονοαμινών, με την αναγνώριση ότι οι υπάρχουσες θεραπευτικές στρατηγικές έχουν σχετικά μέτρια αποτελεσματικότητα (Insel, 2006, Trivedi et al., 2006, Kirsch et al., 2008). Ταυτόχρονα, η τυχαία ανακάλυψη της αντικαταθλιπτικής δράσης της κεταμίνης (Berman et al., 2000) και ιδιαίτερα, οι πρώτες ενδείξεις κλινικής χρησιμότητας αυτού του φαρμάκου (Zarate et al., 2006) έστρεψαν το ενδιαφέρον της έρευνας και της φαρμακευτικής βιομηχανίας σε αυτή την ερευνητική περιοχή.

Ο **μηχανισμός δράσης της κεταμίνης**, ως ένα **ταχέως δρον αντικαταθλιπτικό φάρμακο**, έχει αρχίσει πλέον να αποσαφηνίζεται με πληθώρα προκλινικών μελετών (Duman et al., 2012). Ωστόσο, ο



ακριβής τρόπος που αυτή η δράση σχετίζεται με τις γνωστές παθοφυσιολογικές αλλοιώσεις της κατάθλιψης δεν είναι ακόμη απόλυτα κατανοητός.

Αναφορικά προς την κλινική χρησιμότητα της κεταμίνης στην **κατάθλιψη**, στη μεγάλη πλειονότητα των κλινικών δοκιμών η χορήγησή της έχει ένα σημαντικό και ταχύ (εντός ωρών) θεραπευτικό αποτέλεσμα (Caddy et al., 2014). Επιπλέον, αρκετές μελέτες έδειξαν ταχύ αποτέλεσμα στη μείωση της **αυτοκτονικότητας**, που ήταν ανεξάρτητο από το αντικαταθλιπτικό αποτέλεσμα (Caddy et al., 2014). Η απάντηση στην αγωγή επίσης βρέθηκε αρκετά υψηλή, με τα ποσοστά απαντητικότητας να κυμαίνονται στο 71 – 79% μετά από 24 ώρες από τη χορήγησή της (Zarate et al., 2006, Diazgranados et al., 2010, Zarate et al., 2012). Το εύρημα αυτό είναι αρκετά σημαντικό, μιας και τα παραδοσιακά μονοαμινεργικά αντικαταθλιπτικά έχουν χαμηλότερα ποσοστά θεραπευτικής απαντητικότητας, της τάξης του 65% ενώ εκδηλώνουν βραδύτερα τη δράση τους ( 6 – 8 εβδομάδες) (Entsuh et al., 2001, Thase et al., 2005).

Η **ταχεία αντικαταθλιπτική δράση της κεταμίνης** και με εφάπαξ χορήγηση, ακόμη και σε εξαιρετικά ανθεκτικές στη θεραπεία περιπτώσεις ασθενών και των ασθενών που χρήζουν άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση, όπως οι ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά, προσφέρει σημαντικές δυνατότητες στην αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης. Αυτή η ταχεία αποδρομή συμπτωμάτων μπορεί να έχει πολλαπλά πλεονεκτήματα στη φροντίδα των καταθλιπτικών ασθενών, συμπεριλαμβανομένου του χρόνου για να οργανωθούν φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές θεραπευτικές στρατηγικές για τον ασθενή.

### **Θεραπεία ασθενών με διακρανιακό ερεθισμό (Transcranial Magnetic Stimulation - TMS)**

Το TMS είναι μια μη επεμβατική τεχνική, κατά την οποία ταχέως μεταβαλλόμενο ηλεκτρικό ρεύμα περνά μέσα από ένα πηνίο και επάγει ένα ταχέως μεταβαλλόμενο μαγνητικό πεδίο το οποίο με τη σειρά του επάγει ηλεκτρικό ρεύμα στον εγκεφαλικό ιστό. Το ηλεκτρικό αυτό ρεύμα τροποποιεί τη δραστηριότητα τοπικών νευρωνικών κυκλωμάτων αυξάνοντας ή μειώνοντας τη διεγερσιμότητα φλοιικών νευρώνων, ανάλογα με τις παραμέτρους του εφαρμοζόμενου μαγνητικού πεδίου.

Σε αντίθεση με την ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Electroconvulsive Therapy - ECT), δεν απαιτείται αναισθησία κατά τη διαδικασία του TMS. Οι ασθενείς είναι σε εγρήγορση κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και μπορούν να φύγουν αμέσως μετά τη θεραπευτική. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν την ήπια και αυτοπεριοριζόμενη κεφαλαλγία μετά τη συνεδρία, τον εντοπισμένο παροδικό πόνο στο τριχωτό της κεφαλής στο σημείο που τοποθετείται το πηνίο και πιθανές παροδικές διαταραχές ακοής οι οποίες μπορεί να αποφευχθούν με τη χρήση ωτοασπίδων. Η σοβαρότερη δυνητική ανεπιθύμητη ενέργεια του TMS είναι η πρόκληση επιληπτικών σπασμών, η οποία είναι εξαιρετικά σπάνια. Στην κεντρική δοκιμή που οδήγησε τον FDA στην έγκριση της θεραπείας με TMS πραγματοποιήθηκαν 10.000 συνεδρίες χωρίς καμία αναφορά επιληπτικών κρίσεων.

### **Αποτελεσματικότητα TMS**

Μετα-αναλύσεις υποδεικνύουν ότι ο υψηλής συχνότητας (High Frequency or HF) επαναληπτικός Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation, or r-TMS) έχει αντικαταθλιπτικές ιδιότητες σε σύγκριση με εικονική θεραπεία r-TMS. Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του HF r-TMS στην MKΔ έχει βασιστεί στην συστηματική ανασκόπηση τυχαιοποιημένων, διπλά – τυφλών και ελεγχόμενων μελετών δημοσιευμένων σε διαδικτυακούς τόπους, όπως MEDLINE, EMBASE, PsycINFO και Cochrane. Σε 29 τυχαιοποιημένες μελέτες, με τη συμμετοχή 1371 ασθενών με MKΔ μετά από περίπου 13 συνεδρίες θεραπείας, 29,3 % και 18,6 % των ασθενών που έλαβαν HF r-TMS παρουσίασαν στατιστικά σημαντική ανταπόκριση στη θεραπεία ή και εξάλειψη των συμπτωμάτων της νόσου, αντίστοιχα, σε σύγκριση με 10,4 % και 5 % των ασθενών που έλαβαν εικονικό r-TMS. Επιπλέον, καταδεικνύεται ότι το HF r-TMS είναι εξίσου αποτελεσματικό ως στρατηγική ενίσχυσης της ήδη λαμβανόμενης φαρμακευτικής αγωγής ή ως μονοθεραπεία της MKΔ. Είναι μια εύκολα ανεκτή και αποτελεσματική θεραπεία, όπως φαίνεται από τη σύγκριση του ποσοστού ασθενών που διέκοψαν τη θεραπεία με HF r-TMS ή εικονικό r-TMS, ιδίως εάν ληφθεί υπόψη ότι έχει αξιολογηθεί ως επί το πλείστον, σε ασθενείς με ανθεκτική στην θεραπεία κατάθλιψη. Από τους ασθενείς αυτούς που βρίσκονταν

ήδη υπό αντικαταθλιπτική αγωγή, χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα, και οι οποίοι έλαβαν επιπλέον θεραπεία με rTMS, 35-40% πέτυχαν πλήρη ύφεση. Το μέγεθος του θεραπευτικού αποτελέσματος του rTMS είναι συγκρίσιμο ή μεγαλύτερο από αυτό των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, ενώ ο συνδυασμός των δύο μεθόδων οδηγεί σε ταχύτερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση ενός οξέος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Κλινικές μελέτες σε άλλες περιοχές του εγκεφάλου έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα και σε άλλες παθήσεις όπως οι αγχώδεις διαταραχές, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και το μετατραυματικό στρες ενώ αρκετές μελέτες τελευταία εξετάζουν τη θετική επίδραση του rTMS στη σχιζοφρένεια και την αντιμετώπιση επίμονων ακουστικών ψευδαισθήσεων.

### **Η μονάδα Κεταμίνης και διακρανιακού ερεθισμού (TMS)**

Οι ασθενείς που θα συμμετάσχουν στη θεραπευτική προσπάθεια με κεταμίνη και TMS θα προέρχονται από την ευρύτερη περιοχή της περιφέρειας Αττικής χωρίς ωστόσο να αποκλείονται ασθενείς από την επαρχία. Οι παραπομπές θα γίνονται από τα εξωτερικά ιατρεία ή τις ψυχιατρικές κλινικές όπου νοσηλεύονται. Οι ασθενείς αυτοί θα παραπέμπονται σε ειδικό ιατρείο το οποίο θα λειτουργεί στα πλαίσια της μονάδας κεταμίνης και διαμαγνητικού ερεθισμού η οποία θα λειτουργεί στην Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου όπου θα εκτιμώνται κλινικά από εξειδικευμένη ομάδα.

Η μονάδα θα είναι εγκατεστημένη σε χώρο της Ψυχιατρικής Πανεπιστημιακής Κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου με προδιαγραφές, σε ότι αφορά στη λειτουργία, που πληρούν τις προϋποθέσεις για good clinical practice E6(R2), December 2016 Committee for Human Medicinal Products Guideline της European Medicines Agency.

### **Ανάπτυξη καινοτόμων κλινικο-ψυχοφυσιολογικών μεθόδων για τη συνεπή διαγνωστική-θεραπευτική αντιμετώπιση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ανθεκτικής στη θεραπεία**

Ο τρέχων άξονας είναι εντελώς ανάλογος του άξονα Δ στη Δράση 1, με την εύλογη διαφοροποίηση ότι εδώ αφορά σε ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ανθεκτικούς στη θεραπεία.

### **ΔΡΑΣΗ 3: Ασθενείς με νευροαναπτυξιακές διαταραχές**

#### **Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές (ΝΑΔ)**

Πρόκειται για χρόνια μη μεταδιδόμενα νοσήματα τα οποία αποτελούν σημαντικό φορτίο νοσηρότητας από την παιδική ηλικία και κατά κανόνα συνεχίζουν δια βίου. Παρουσιάζουν πρώιμη έναρξη, συνήθως πριν την σχολική ηλικία. Τα αναπτυξιακά ελλείμματα που τις χαρακτηρίζουν παραβλάπτουν τη λειτουργικότητα του ατόμου σε ατομικό, κοινωνικό, ακαδημαϊκό και επαγγελματικό επίπεδο σε όλο το ηλικιακό φάσμα. Επιπρόσθετα αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογικών διαταραχών.

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) είναι η συχνότερη ΝΑΔ και χαρακτηρίζεται από απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα. Το ποσοστό της στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται περίπου 2-7%. Τα 2/3 των παιδιών με ΔΕΠΥ συνεχίζουν να έχουν κλινικά σημαντική διαταραχή ως ενήλικες, με συνοδά κλινικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αφορούν και τα άτομα που πάσχουν και το περιβάλλον τους. Θεωρείται πια μία «δια βίου» κατάσταση (life span condition) και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται με εξασφάλιση της μετάβασης και διατήρησης της ψυχιατρικής φροντίδας από την παιδική στην ενήλικη ζωή. Έχει πλέον καθιερωθεί ειδική μεθοδολογία διάγνωσης η οποία ακολουθείται από πολλά διεθνή κέντρα. Τα άτομα με ΔΕΠΥ σε πολύ μεγάλο βαθμό εμφανίζουν συννόηση με άλλες διαταραχές. Τα αυξημένα ποσοστά συννόησης επιβεβαιώνονται και σε μεταγενέστερες μελέτες σε διάφορους πληθυσμούς, που πολλές φορές μπορεί να αναζητήσαν θεραπεία για τη συνυπάρχουσα διαταραχή και όχι για τη ΔΕΠΥ η οποία ήταν αδιάγνωστη. Στα εξωτερικά ιατρεία του Αιγινήτειου Νοσοκομείου διαγνώστηκε επιπρόσθετα ΔΕΠΥ στο 14.3% των ασθενών που είχαν διάγνωση αγχώδους και καταθλιπτικής διαταραχής. Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) χαρακτηρίζεται από επίμονα ελλείμματα στην επικοινωνία και την κοινωνικότητα σε ποικίλα πλαίσια. Περιλαμβάνει

ελλείμματα στην κατανόηση της έννοιας της αμοιβαιότητας και της μη λεκτικής επικοινωνίας στις κοινωνικές σχέσεις όπως επίσης δυσκολία στη δημιουργία, διατήρηση και κατανόηση των κοινωνικών σχέσεων. Επιπλέον, χαρακτηρίζεται από την παρουσία επίμονων, επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων. Η συχνότητα εμφάνισης ΔΑΦ περιγράφεται περίπου 1 στα 68 άτομα στον παιδιατρικό πληθυσμό και στους ενήλικες περίπου 1,1%. Καταγράφεται πολύ υψηλή συννοσηρότητα (περίπου 80%) με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, κυρίως Διαταραχές της Διάθεσης, Αγχώδεις Διαταραχές, ΔΕΠΥ.

### **Οξεία ψυχοπαθολογία σε άτομα με ΝΑΔ**

Τα ενήλικα άτομα με ΝΑΔ δυσκολεύονται να περιγράψουν τα βιώματά τους και συχνά καταφεύγουν σε παρορμητικές συμπεριφορές. Στην ενηλικίωση μπορεί να απουσιάζουν, ή είναι εξουθενωμένα, τα άτομα του υποστηρικτικού τους περιβάλλοντος. Σε οξείες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις διαφοροποιούνται από τα νευροτυπικά άτομα τόσο σε διαγνωστικό όσο και σε θεραπευτικό επίπεδο και η μη αναγνώριση των πυρηνικών συμπτωμάτων οδηγεί πολλές φορές σε διαγνωστικά σφάλματα και θεραπευτικές πλάνες.

Στο πλαίσιο της Α Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ λειτουργεί η Μονάδα Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών Ενηλίκων σε συστηματική συνεργασία με το Ειδικό Ιατρείο Διαταραχών του Φάσματος του Αυτισμού της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ στο ΓΝΠ «Η Αγία Σοφία». Οι δυο αυτές δομές παρέχουν αξιόπιστη, έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση με τη χρήση δομημένων και μη, διαγνωστικών εργαλείων, την καλύτερη κατανόηση της φύσης των ΝΑΔ τόσο διαγνωστικά όσο και για προτάσεις θεραπευτικής φροντίδας. Οι ομάδες των δυο αυτών δομών έχουν συστηματική συνεργασία σε κλινικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό πλαίσιο.

### **Η Προτεινόμενη Δράση**

Πρόκειται για ένα καινοτόμο Δράση της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών που φιλοδοξεί να αποτελέσει αναφορά για παρόμοια προγράμματα στην χώρα μας. Πρόκειται για μια υπηρεσία με ισχυρό κοινωνικό πρόσημο καθώς προσφέρει τη δυνατότητα σε ασθενείς που βρίσκονται σε κρίση και στις οικογένειές τους να έχουν την κατάλληλη φροντίδα και υποστήριξη αποφεύγοντας τη νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική. Συγχρόνως, έχει θετικό δημοσιονομικό όφελος καθώς αποτελεί παρέμβαση εναλλακτική της πολύ πιο δαπανηρής νοσηλείας.

Η Δράση απευθύνεται σε ενήλικες εξωτερικούς ασθενείς που είτε παρουσιάζουν για πρώτη φορά οξεία ψυχοπαθολογία που χρήζει εντατικής και πολύπλευρης παρέμβασης κάποιας διαρκείας είτε σε ασθενείς που παρουσιάζουν έξαρση και υποτροπή προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί κατά την συνήθη ψυχιατρική παρακολούθηση. Έχει σχεδιαστεί ως **εναλλακτική παρέμβαση για ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας** και λειτουργεί στο πλαίσιο της Υπηρεσίας Επειγόντων της Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου (7ημ/24ωρη λειτουργία) και εξυπηρετεί ασθενείς από όλο το λεκανοπέδιο Αττικής.

### **Στόχος:**

Ο στόχος της Δράσης είναι:

- Η αξιολόγηση και η διαχείριση της οξείας ψυχοπαθολογικής κατάστασης σε εξωτερικούς ασθενείς.
- Η αντιμετώπιση της κατάστασης κρίσης και η σταθεροποίηση του ασθενούς με το λιγότερο κόστος για τον ίδιο και την οικογένειά του
- Η αποφυγή νοσηλείας αν δεν συντρέχουν λόγοι επικινδυνότητας.
- Η βελτιστοποίηση των μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας των νευροαναπτυξιακών διαταραχών μέσω μιας καλά στοχευμένης χορήγησης ψυχο-μετρικών δοκιμασιών και ταυτόχρονης καταγραφής βιοσημάτων (ΗΕΓ δραστηριότητα και βιοσήματα του αυτόνομου νευρικού).

**Παρέχεται:**

- Αξιολόγηση περιστατικού / Σχέδιο παρέμβασης
- Φαρμακευτική θεραπεία
- Ψυχοθεραπευτική υποστήριξη του ασθενούς για την αντιμετώπιση της κρίσης
- Οικογενειακή υποστήριξη για τη διαχείριση της κρίσης
- Γραπτές οδηγίες για διαχείριση πιθανών μελλοντικών κρίσεων
- Παραπομπή και διασύνδεση ακολούθως στις κατάλληλες υπηρεσίες

Για την υλοποίηση των παραπάνω προτείνεται η υποστήριξη της Μονάδας Νευρο αναπτυξιακών Διαταραχών Ενηλίκων με την αρωγή ψυχιάτρων (υποψήφιων διδασκόντων) ειδικών στο συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο.

- **Ανάπτυξη καινοτόμων κλινικο-ψυχοφυσιολογικών μεθόδων για την συνεπή διαγνωστική-θεραπευτική αντιμετώπιση των Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών.**

Σημειώνεται ότι ο τρέχων άξονας είναι εντελώς ανάλογος του άξονα Δ στη Δράση 1, με την εύλογη διαφοροποίηση ότι εδώ αφορά σε ασθενείς με Νευροαναπτυξιακές διαταραχές.

**ΔΡΑΣΗ 4: Ασθενείς με Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) και συναφείς διαταραχές (Σωματοδυσμορφο-φοβική Διαταραχή, Διαταραχή Παρασυσσώρευσης, κλπ)**

Τα τελευταία έτη, η Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΔΨ) έχει συγκεντρώσει το επιστημονικό ενδιαφέρον, λόγω της κλινικής πολυπλοκότητας, της συχνότητας εμφάνισής της, της βαρύτητας, και της χρονιότητας της. Εμφανίζει επιπολασμό ζωής 2,3% και επιπολασμό έτους 1,2%. Αναμένεται λοιπόν να νοσούν **100.000 άτομα στην Ελλάδα**, και αναλογικά αρκετές δεκάδες χιλιάδες να πάσχουν στην ευρύτερη περιφέρεια Αττικής. Αν συνυπολογιστούν και οι υπόλοιπες διαταραχές (**σωματοδυσμορφο-φοβική διαταραχή, διαταραχή παρασυσσώρευσης, δερματιλλομανία, τριχοτιλλομανία**) που ανήκουν στο ιδιοψυχαναγκαστικό φάσμα, τα ποσοστά αυξάνονται.

Η μέση ηλικία έναρξης της ΙΨΔ υπολογίζεται στα 19,5 έτη, ενώ συχνά ξεκινά από την παιδική ηλικία. Η πορεία της είναι χρόνια και επιβαρύνει σαφώς τη λειτουργικότητα. Από μελέτες **προκύπτει καθυστέρηση έναρξης θεραπευτικών παρεμβάσεων (7-10 έτη)** και λόγω έλλειψης ευαισθητοποίησης, δομών και ολοκληρωμένης εκπαίδευσης των ειδικών, **παρατηρείται μεγάλη καθυστέρηση λήψης της σωστής θεραπείας (14-17 έτη)**. Είναι δε πλέον σαφώς αποδεκτό κλινικά ότι η χρονιότητα των διαταραχών επιβαρύνει την πρόγνωση, το προσωπικό και κοινωνικό κόστος. Στο βαρύ τίμημα αυτής της διαταραχής θα πρέπει κανείς να συνυπολογίσει την επίδραση στην οικογένεια που καλείται να υποστηρίξει τον πάσχοντα, με ευρύτερο ψυχολογικό κοινωνικό αλλά και οικονομικό κόστος.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, κατατάσσει την **ΙΔΨ μεταξύ των δέκα σοβαρότερων ασθενειών σε «απώλεια» ετών ζωής εξαιτίας της δυσλειτουργίας που προκαλεί**. Το κοινωνικό κόστος της διαταραχής είναι μεγάλο, και σε προσπάθειες αποτίμησης του υπολογίσθηκε για **το 1990 στις ΗΠΑ σε περίπου 8,3 δις δολάρια**.

Η κλινική εικόνα είναι περίπλοκη και είναι συχνή η συν-νόσηση με άλλες διαταραχές, όπως η μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Η ποιότητα ζωής είναι σημαντικά μειωμένη και επηρεάζεται επίσης η επαγγελματική και διαπροσωπική τους εξέλιξη.

Αποτέλεσμα της βαρύτητας, της πολυπλοκότητας και γενικά των δυσκολιών που αφορούν στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, είναι συχνά η εμφάνιση **αυτοκτονικού ιδεασμού, που εντοπίζεται τουλάχιστον στο μισό πληθυσμό των ατόμων με Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή**.

Σε ότι αφορά τη θεραπεία, η ΙΨΔ και οι διαταραχές που ανήκουν σε αυτό το φάσμα, απαιτούν συχνά πολύπλοκους θεραπευτικούς αλγόριθμους που περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση και συχνά το συνδυασμό τους. Εδικά η **Διαταραχή Παρασυσσώρευσης** αποτελεί πιθανώς τη δυσκολότερη θεραπευτική πρόκληση, με μεγάλη αντίσταση στην θεραπεία, ενώ η άτακτη συσσώρευση κυρίως άχρηστων αντικειμένων που παρουσιάζεται, **αποτελούν συχνά απειλή για τη δημόσια υγεία**. Επίσης στη **Σωματοδυσμορφο-φοβική διαταραχή** παρουσιάζεται **υψηλό ποσοστό αποπειρών αυτοκαταστροφής (μέχρι και 30%)**.

Θα μπορούσε λοιπόν να υποστηριχτεί ότι πρωτεύουσα **υποχρέωση** και **στόχο** μιας οργανωμένης κοινωνίας αποτελεί η **ενημέρωση** του πληθυσμού, η **εκπαίδευση** των ειδικών και η **έρευνα** σε θέματα αντιμετώπισης της Ιδιο-ψυχαναγκαστικής Διαταραχής και των συναφών με αυτή διαταραχών. Έτσι η **οργανωμένη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην πρωτοβάθμια αντιμετώπιση και διαχείριση συμπτωμάτων ιδιοψυχαναγκαστικής διαταραχής, η ανάπτυξη της έρευνας στα σχετικά θέματα στον ελληνικό πληθυσμό** θα ωφελούσε την ποιότητα ζωής και την υγεία, επιδρώντας τελικά το χρόνιο distress που σχετίζεται όχι μόνο με την ποιότητα ζωής αλλά και το προσδόκιμο ζωής.

Θα πρέπει τέλος να σημειωθεί ότι στην Ελλάδα:

1. Σημειώνεται καθυστέρηση σε θέματα ενημέρωσης ειδικών για την πληρέστερη αντιμετώπιση και διαχείριση.
2. Σημειώνεται καθυστέρηση σε θέματα ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού.
3. Υπάρχουν δυσκολίες κλινικής αντιμετώπισης και μεγάλοι χρόνοι αναμονής, λόγω δυσκολιών **προσβασιμότητας** στην εξειδικευμένη μονάδα του Αιγινήτειου από απομακρυσμένες περιοχές, και χαμηλής **διαθεσιμότητας** εξειδικευμένων δομών και ενημερωμένων θεραπειών

Στην Α΄ Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο, στο πλαίσιο λειτουργίας της Μονάδας Θεραπείας Συμπεριφοράς αντιμετωπίζονται ψυχοθεραπευτικά και φαρμακευτικά, κλινικές περιπτώσεις από όλο το φάσμα της ιδιοψυχαναγκαστικής διαταραχής.

### **Πρόταση:**

Προτείνεται συνεπώς η υποστήριξη Δράσης με στόχο τριετή ορίζοντα που θα περιλαμβάνει:

1. Την κλινική διαχείριση και επιστημονική αντιμετώπιση των ατόμων που προσέρχονται στη μονάδα.
2. **Η συστηματική ψυχομετρική αξιολόγηση του ειδικού πληθυσμού** που προσέρχεται στη Μονάδα Θεραπειών Συμπεριφοράς με χρήση ερωτηματολογίων, την καταγραφή στοιχείων σε βάση δεδομένων ώστε να μελετηθούν τόσο τα δημογραφικά όσο και τα κλινικά τους χαρακτηριστικά με στόχο την ανάπτυξη της έρευνας. Στο πλαίσιο αυτό **θα οργανωθεί τουλάχιστον μία διδακτορική διατριβή, με προοπτική μεταδιδακτορικής δημοσίευσης.**
3. **Την ανάπτυξη καινοτόμων κλινικο-ψυχοφυσιολογικών μεθόδων για τη συνεπή διαγνωστική-θεραπευτική αντιμετώπιση των Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών.**  
Σημειώνεται ότι ο τρέχων άξονας είναι εντελώς ανάλογος του άξονα Δ στη Δράση 1, με την εύλογη διαφοροποίηση ότι εδώ αφορά σε ασθενείς με ΙΨΔ και συναφείς διαταραχές.
- 4.
5. Την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού
6. Την εκπαίδευση ειδικών της ψυχικής υγείας στη θεραπεία της ΙΨΔ (σε τομή με τη Δράση 8).

Η επιμέλεια της ιδιοψυχαναγκαστικής διαταραχής και η ενδυνάμωση της αντιμετώπισής της στον ελληνικό πληθυσμό, μπορεί να αποτελέσει μια επιστημονική και ανθρωπιστική προσφορά για την προώθηση της ποιότητας ζωής και της υγείας.

### **ΔΡΑΣΗ 5: Ασθενείς σε οξεία φάση φορείς σοβαρών ψυχικών διαταραχών**

#### **Πρόγραμμα Παρέμβασης και Σταθεροποίησης για την Κρίση σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές**

#### **Εισαγωγή – Γενικά στοιχεία**

Στην Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ δημιουργήσαμε και λειτουργούμε από το 2016 το Πρόγραμμα Παρέμβασης και Σταθεροποίησης της Κρίσης για σοβαρές ψυχικές διαταραχές, στο πρότυπο διεθνών πρακτικών τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας για τη βέλτιστη διαχείριση των σοβαρών ψυχικών

διαταραχών. Πρόκειται για ένα καινοτόμο πρόγραμμα με ισχυρό κοινωνικό πρόσημο καθώς προσφέρει τη δυνατότητα σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν μια σοβαρή κρίση στην ψυχική τους υγεία και στις οικογένειές τους να έχουν την κατάλληλη φροντίδα και υποστήριξη αποφεύγοντας τη νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική. Συγχρόνως, σύμφωνα με τις διεθνείς καταγραφές έχει θετικό δημοσιονομικό όφελος καθώς αποτελεί εναλλακτική παρέμβαση της πολύ πιο δαπανηρής νοσηλείας<sup>1,2,3</sup>. Στις ανεπτυγμένες χώρες, αντίστοιχα προγράμματα αποτελούν τον πυλώνα της ψυχικής υγείας στην κοινότητα, για την αντιμετώπιση των κρίσεων και των υποτροπών, τις τελευταίες δεκαετίες<sup>2,4</sup>. Στη χώρα μας είναι η πρώτη συγκροτημένη προσπάθεια και έχει ιδιαίτερη αξία στην παρούσα οικονομική συγκυρία λαμβάνοντας επιπλέον υπόψη την υπερκάλυψη που παρατηρείται σε ψυχιατρικές κλίνες (οι επικουρικές κλίνες/ ράντζα ανέρχονται στο 30% του συνόλου των ψυχιατρικών κλινών) στα νοσοκομεία της Αττικής<sup>5,6</sup>.

Το Πρόγραμμα Παρέμβασης στην Κρίση λειτουργεί στους χώρους των Ε.Ι της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής με δυνατότητα χρήσης επιπλέον χώρου σε παρακείμενο κτίριο χρήσεως του Νοσοκομείου. Οι ασθενείς που εντάσσονται στο Πρόγραμμα παραπέμπονται από τα Ιατρεία Επειγόντων της Ψυχιατρικής κλινικής, τα οποία λειτουργούν 24 ώρες/ 7 ημέρες την εβδομάδα καλύπτοντας -εκτός τομεοποιημένης κατανομής- τα ψυχιατρικά επείγοντα (κυρίως όλο το λεκανοπέδιο Αττικής, τα νησιά κεντρικού Αιγαίου, τη Βοιωτία και την Εύβοια). Οι υπηρεσίες επείγουσας ψυχιατρικής αφορούν επείγουσα ψυχιατρική αντιμετώπιση (φαρμακευτική επείγουσα αντιμετώπιση), συμβουλευτική και παραπομπές στις κατάλληλες υπηρεσίες ή παραπομπή για νοσηλεία στις εκάστοτε εφημερεύουσες ψυχιατρικές κλινικές του λεκανοπεδίου βάσει του σχεδιασμού του ΥΥ. Οι λόγοι για τους οποίους συνήθως κρίνεται αναγκαία η νοσηλεία ενός ασθενούς είναι η βαρύτητα της συμπτωματολογίας του και η αδυναμία αντιμετώπισής του κατά τη συνήθη ψυχιατρική θεραπεία σε εξωνοσοκομειακό πλαίσιο ή και η επικινδυνότητα της κατάστασής του (αυτό-ετεροκαταστροφικότητα συνεπεία της πάθησής του)

Σύμφωνα με τα στοιχεία μας (αναδρομική ανάλυση 3600 ψυχιατρικών επισκέψεων στα επείγοντα Απρίλιος-Νοέμβριος 2016) έγιναν 416 παραπομπές για ψυχιατρική νοσηλεία (11.55% των επισκέψεων). Κατά την εκτίμησή μας, 20% αυτών των περιστατικών (86 ασθενείς) πληρούσαν τα πλέον αυστηρά κριτήρια εισδοχής στο ειδικό θεραπευτικό πρόγραμμα παρέμβασης στην κρίση και την αποφυγή της νοσηλείας. Σύμφωνα με τις προδιαγραφές λειτουργίας του προγράμματος παρέμβασης στην κρίση, απαραίτητη προϋπόθεση για την παραπομπή ασθενούς είναι να έχει κριθεί αναγκαία η νοσηλεία του από τους ιατρούς που τον εξέτασαν κατά την άφιξή του στα ιατρεία επειγόντων. Άλλα κριτήρια σχετικής σημασίας είναι η ύπαρξη στοιχειώδους υποστηρικτικού περιβάλλοντος και η αξιολόγηση της επικινδυνότητας κατά την παραμονή του εκτός νοσηλείας.

Μέχρι σήμερα το Πρόγραμμα αν και λειτουργεί με ελάχιστο προσωπικό της ψυχιατρικής κλινικής, μικτής απασχόλησης (και κατά βάση εθελοντές) και περιορισμένο ωράριο, έχει εξυπηρετήσει 120 ασθενείς εκ των οποίων 95 απέφυγαν τη νοσηλεία και αντιμετωπίστηκε με επιτυχία η κρίσιμότητα της κατάστασής τους (Μ.Ο διάρκειας παραμονής: 49 ημέρες).

### **Α) Αναλυτική Περιγραφή της Λειτουργίας της Δράσης Παρέμβασης στην κρίση**

Το Πρόγραμμα απευθύνεται σε ενήλικες εξωτερικούς ασθενείς που είτε παρουσιάζουν για πρώτη φορά οξεία ψυχοπαθολογία που χρήζει εντατικής και πολύπλευρης παρέμβασης κάποιας διαρκείας είτε σε ασθενείς που παρουσιάζουν έξαρση και υποτροπή προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί κατά την συνήθη ψυχιατρική παρακολούθηση. Έχει σχεδιαστεί ως **εναλλακτική παρέμβαση για ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας** και λειτουργεί στο πλαίσιο της Υπηρεσίας Επειγόντων της Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου εξυπηρετώντας ασθενείς από όλο το λεκανοπέδιο Αττικής (λειτουργία 24ωρη/7 ημέρες την εβδομάδα).

### **Οι στόχοι της Δράσης Παρέμβασης στην κρίση είναι:**

- Η αξιολόγηση και η διαχείριση της οξείας ψυχοπαθολογικής κατάστασης σε εξωτερικούς ασθενείς.
- Η αντιμετώπιση της κατάστασης κρίσης και η σταθεροποίηση του ασθενούς με το λιγότερο κόστος για τον ίδιο και την οικογένειά του

- Η αποφυγή νοσηλείας αν δεν συντρέχουν σημαντικοί λόγοι επικινδυνότητας και άλλοι λόγοι που καθιστούν απαραίτητη την νοσηλεία πχ. χρήση ουσιών που ο ασθενής δεν δύναται να διακόψει εκτός νοσηλείας ή άρνηση και αδυναμία του ασθενούς να συνεργαστεί εξωνοσοκομειακά.

#### **Οι υπηρεσίες που παρέχονται:**

- Αξιολόγηση περιστατικού / Σχέδιο παρέμβασης / Διαχείριση περιστατικού
- Φαρμακευτική θεραπεία και εντατική παρακολούθηση (1-2 φορές την εβδομάδα)
- Ψυχοθεραπευτική υποστήριξη του ασθενούς για την αντιμετώπιση της κρίσης βασισμένη κατά κύριο λόγο στο πρότυπο της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας (1-2 φορές εβδομαδιαίως και ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς)
- Οικογενειακή υποστήριξη για τη διαχείριση της κρίσης βασισμένη σε συστημικά πρότυπα (1-2 φορές εβδομαδιαίως και αναλόγως των αναγκών)
- Ψυχοεκπαιδευτικές συνεδρίες για τον ασθενή και τους συγγενείς
- Νοσηλευτική φροντίδα (θεραπεία συμμόρφωσης, ενέσιμη αγωγή και παρακολούθηση ζωτικών δεικτών)
- Κατ' οίκον επισκέψεις από επαγγελματίες ψυχικής υγείας για την επίλυση προβλημάτων συμμόρφωσης με τη θεραπεία και διαχείρισης κοινωνικών/οικογενειακών καταστάσεων που παρεμβαίνουν στην κρίση
- Διαχείριση κοινωνικών, ασφαλιστικών, σιτιστικών κλπ προβλημάτων
- Οδηγίες για διαχείριση πιθανών μελλοντικών κρίσεων
- Παραπομπή και διασύνδεση ακολούθως στις κατάλληλες υπηρεσίες εξω-νοσοκομειακής παρακολούθησης και φροντίδας

#### **Τρόπος λειτουργίας:**

Σύμφωνα με την λειτουργία της Δράσης Παρέμβασης, ασθενείς που εξετάζονται στα ιατρεία επειγόντων της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής και κρίνεται ότι χρήζουν νοσηλείας, αξιολογούνται για την καταλληλότητα της ένταξής τους στη Δράση. Κατά την ένταξη του στη Δράση, ο ασθενής, χρεώνεται σε ένα άτομο του προσωπικού της Δράσης (άτομο αναφοράς) στο οποίο μπορεί να απευθύνεται ανά πάσα στιγμή για όσο διάστημα διαρκεί η παρακολούθησή του στη Δράση. Το άτομο αυτό είναι μέλος της θεραπευτικής ομάδας (το ρόλο αυτό στην ομάδα μας έχει η νοσηλεύτρια), βρίσκεται πάντα σε όλες τις συναντήσεις της ομάδας και παρακολουθεί στενά την πορεία του ασθενούς. Η έναρξη της αγωγής γίνεται με την έλευση του ασθενούς στα ιατρεία επειγόντων ενώ η πρώτη επαφή του ασθενούς με το πρόγραμμα γίνεται είτε την ίδια μέρα της παραπομπής είτε την επόμενη από τη νοσηλεύτρια του προγράμματος σε συνεργασία με τον ψυχίατρο του προγράμματος και προγραμματίζεται η πρώτη επαφή του με τη θεραπευτική ομάδα (οι συναντήσεις με όλη τη θεραπευτική ομάδα γίνονται δύο φορές την εβδομάδα Δευτέρα και Πέμπτη). Άμεσα επίσης προγραμματίζονται και οι συναντήσεις για τη λήψη του κοινωνικού και οικογενειακού ιστορικού. Κατά την πρώτη επαφή της θεραπευτικής ομάδας με τον ασθενή και τους συγγενείς, συζητείται το πλήρες ιστορικό του ασθενούς και γίνεται ο θεραπευτικός σχεδιασμός βασισμένος στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του περιστατικού. Στις συναντήσεις αυτές, ρόλο συντονιστή έχει ο ψυχίατρος. Ο θεραπευτικός σχεδιασμός περιλαμβάνει ένα σχέδιο με τις κατάλληλες θεραπευτικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις για τον ασθενή και την οικογένεια, πρόκειται για ένα χάρτη πορείας ο οποίος αξιολογείται συνεχώς στην πορεία της θεραπείας. Ο ίδιος ο ασθενής και η οικογένειά του έχουν ρόλο σ αυτό τον σχεδιασμό καθώς στο πρόγραμμα δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη συνεργασία τους στη λήψη των αποφάσεων.

Η φιλοσοφία της Δράσης παρέμβασης στην κρίση είναι η προσέγγιση του ασθενούς με την καλλιέργεια ελπίδας και αισιοδοξίας που στοχεύει στην ανάρρωση με ταυτόχρονη επένδυση στην ανάληψη ατομικής ευθύνης μέσα από τη γνώση του προβλήματος.

#### **Χρονικό διάστημα**

Ο χρόνος παρέμβασης που απαιτείται συνήθως για τη σταθεροποίηση της κατάστασης, είναι εξατομικευμένος για κάθε ασθενή και κυμαίνεται συνήθως από 1 έως 3 μήνες (μέσος όρος 1,5 μήνας).

**Λήξη της Παρέμβασης**

Μετά το πέρας της παρέμβασης, ο ασθενής παραπέμπεται για συνέχιση της παρακολούθησής του στον θεράποντα ιατρό του ή αναλόγως με τις ανάγκες του στις κατάλληλες υπηρεσίες. Η μετάβαση του ασθενούς προγραμματίζεται έγκαιρα με την προετοιμασία του ασθενούς, την προσωπική συνεννόηση με το πλαίσιο υποδοχής με συνοδευτικά ιατρικά έντυπα και ο ασθενής μπορεί να συνοδεύεται από εθελοντές.

**Β) Ερευνητικά πρωτόκολλα του προγράμματος παρέμβασης στην κρίση για σοβαρές ψυχικές διαταραχές****Ερευνητικό Πρωτόκολλο Αξιολόγησης της Αποτελεσματικότητας της Δράσης Παρέμβασης στην Κρίση**

Με τη χρήση ειδικών κλιμάκων θα εκτιμηθεί η κλινική κατάσταση και η γενική ψυχοπαθολογία, η ποιότητα ζωής και η λειτουργική κατάσταση των ασθενών καθώς και η ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε 4 περιόδους: Στην αρχή της ένταξης, στο τέλος της παρέμβασης, 1 μήνα μετά την έξοδο και 3 μήνες μετά.

Αντίστοιχα με τους ασθενείς περιλαμβάνεται αξιολόγηση των συγγενών σε 3 χρόνους εκτίμησης με αξιολόγηση δεικτών γενικής ψυχοπαθολογίας, ποιότητα ζωής, ικανοποίηση από τις υπηρεσίες και εκτίμηση της επιβάρυνσης των οικείων από την κατάσταση του ασθενούς.

Η αξιολόγηση θα περιλαμβάνει και ομάδα ελέγχου νοσηλευόμενων ασθενών από τα τμήματα νοσηλείας Ψυχιατρικών Κλινικών Νοσοκομείων του λεκανοπεδίου Αττικής. Επιπλέον θα αποτελέσει αντικείμενο διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.. Το ερευνητικό πρωτόκολλο μπορεί να παραχωρηθεί αν ζητηθεί.

**Οι στόχοι:**

Θα αξιολογηθεί και θα εκτιμηθεί:

- Η επίπτωση στις παραπομπές για νοσηλεία από τα αρχεία καταγραφών των Εξωτερικών Ιατρείων της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής (Αναμένεται μείωση των παραπομπών) συγκριτικά με την περίοδο πριν τη λειτουργία του προγράμματος.
- Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων
- Η συγκριτική αποτελεσματικότητα της Δράσης με νοσηλευόμενους ασθενείς (αναμένεται καλή αποτελεσματικότητα, συγκρίσιμη με τη νοσηλεία)
- Η μεσοπρόθεσμη αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων μετά το πέρας του προγράμματος
- Η ικανοποίηση των ασθενών και των συγγενών από τις υπηρεσίες
- Η αναδρομική συγκριτική ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες του προγράμματος σε σχέση με προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας (αναμένεται μεγαλύτερη ικανοποίηση των χρηστών από το πρόγραμμα σε σχέση με τη νοσηλεία)
- Η ικανότητα διασύνδεσης και επιτυχούς μετάβασης στις υπηρεσίες τακτικής παρακολούθησης μετά το πέρας του προγράμματος

**Ερευνητικό πρωτόκολλο:**

«Το ψυχωσικό άγχος στην υποτροπή/έξαρση της ψυχωσικής διαταραχής: Η διερεύνηση της σχέσης του ψυχωσικού άγχους με ψυχοπαθολογικές και νευροβιολογικές παραμέτρους κατά τη φάση της υποτροπής/έξαρσης της ψυχωσικής συμπτωματολογίας»

Καθώς η πλειοψηφία των ασθενών που εντάσσονται στο Πρόγραμμα Παρέμβασης στην Κρίση αφορά ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές σε υποτροπή ή έξαρση της συμπτωματολογίας τους, αυτό το ερευνητικό πρωτόκολλο εστιάζει στην προοπτική διερεύνηση του ψυχωσικού άγχους κατά την φάση της κρίσης και της αποδρομής της κρίσης. Υπάρχουν αρκετά στοιχεία από έρευνες της πρόσφατης δεκαετίας ότι της φάσης του 1<sup>ου</sup> ψυχωσικού επεισοδίου προηγείται μια πρόδρομη περίοδος ήπιων συμπτωμάτων με συνδό άγχος<sup>7,13,14,16</sup>. Μελέτες επίσης δείχνουν ότι παρόμοια πρόδρομη κατάσταση αν και μικρότερης διάρκειας προηγείται της υποτροπής ενός ψυχωσικού επεισοδίου<sup>11,12</sup>. Επίσης υπάρχουν πολλές αν και συχνά αντιφατικές μελέτες που εμπλέκουν τη συμμετοχή του άξονα HPA στο άγχος στην ψύχωση<sup>8,9,10,15,17</sup>.



Όμως μέχρι σήμερα δεν υπάρχει εξειδικευμένη κλίμακα εκτίμησης του άγχους και του συναισθηματικού φορτίου που συνοδεύει την ψύχωση. Για τις ανάγκες αυτού του ερευνητικού πρωτοκόλλου προχωρήσαμε στη δημιουργία μιας νέας κλίμακας εκτίμησης του ψυχωσικού άγχους/εγρήγορσης η οποία είναι στη διαδικασία της στάθμισης. Ο στόχος αυτής της έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης του ψυχωσικού άγχους/εγρήγορσης – με τη χρήση της εξειδικευμένης κλίμακας – με ψυχοπαθολογικές και νευροβιολογικές παραμέτρους.

Η έρευνα θα διεξαχθεί σε 4 χρόνους εκτίμησης και οι ασθενείς αξιολογούνται με τη χρήση κλιμάκων (PANSS, CDSS, BABS, BARNES, HAMILTON, SUMD και της κλίμακας άγχους), λαμβάνονται επιπλέον δείγματα σιέλου βάσει ενός πρωτοκόλλου για την εκτίμηση της λειτουργίας του άξονα HPA, δείγματα τρίχας και αίματος. Χρησιμοποιείται επιπλέον ως ομάδα ελέγχου ομάδα συγγενών. Και αυτό το ερευνητικό πρωτόκολλο θα αποτελέσει αντικείμενο διδακτορικής διατριβής. Το ερευνητικό πρωτόκολλο μπορεί επίσης να παραχωρηθεί αν ζητηθεί.

#### **Οι στόχοι:**

- Η διερεύνηση της σχέσης του ψυχωσικού άγχους/συναισθηματικής εγρήγορσης με τα παραγωγικά συμπτώματα της ψύχωσης μέσα από την προοπτική παρακολούθηση των συμπτωμάτων (από την έξαρση στην ύφεση της συμπτωματολογίας)
- Η διερεύνηση της σχέσης των επιπέδων της κορτιζόλης με τις ψυχοπαθολογικές παραμέτρους και ειδικότερα του άγχους στη φάση της υποτροπής ενός ψυχωσικού επεισοδίου
- Την αναζήτηση των μεταβολών των επιπέδων κορτιζόλης κατά την πορεία στην ύφεση ενός οξέος επεισοδίου και της σχέσης των με την μεταβολή των ψυχοπαθολογικών παραμέτρων
- Τη διερεύνηση της σχέσης του άγχους στην ψύχωση παραγόντων που σχετίζονται με το αλοστατικό φορτίο και με φλεγμονώδεις παράγοντες.
- Την αναζήτηση πιθανής διαφοροποίησης στη σχέση των ερευνώμενων μεγεθών ανάλογα με την υποκείμενη διαταραχή της ψυχωσικής συμπτωματολογίας

#### **Γ) Εκπαιδευτική Παρέμβαση για τις υπηρεσίες κοινοτικής ψυχικής υγείας και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Σε τομή με τη Δράση 8).**

##### **Οι στόχοι της Εκπαιδευτικής Παρέμβασης είναι:**

α) Η εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας με παροχή πρακτικής εκπαίδευσης και εποπτείας (ψυχιάτρων, ψυχολόγων, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών ) στη θεραπευτική προσέγγιση κατά τη φάση της κρίσης αυτών των ασθενών και των οικογενειών τους και των εξειδικευμένων παρεμβάσεων που απαιτούνται σε εξω-νοσοκομειακό πλαίσιο.

β) Η ενημέρωση και η εξοικείωση επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των φορέων υγείας του λεκανοπεδίου Αττικής με τη λειτουργία της παρέμβασης στην κρίση, η ανάπτυξη της συνεργασίας με τη δυνατότητα παραπομπής περιστατικών σε κρίση από τα ιατρεία τακτικής παρακολούθησης των ΚΨΥ που μπορούν να ενταχθούν στην Παρέμβαση και η υποδοχή από τα ΚΨΥ των ασθενών που ανήκουν στον τομέα ευθύνης τους μετά το πέρας της Παρέμβασης, ομαλά και σε σύντομο διάστημα.

#### **ΔΡΑΣΗ 6: Ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), μεταμοσχευθέντες, οικείοι και φροντιστές και Δότες Νεφρών**

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) αποτελεί μια πολυδιάστατη και πολύπλοκη νοσολογική οντότητα που τόσο η ίδια όσο και η θεραπεία της σχετίζονται με σημαντικές αλλαγές και απώλειες για τους ασθενείς. Εκτός από τις βιολογικές διαταραχές, κυρίως μεταβολικού τύπου, που μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική υγεία, τα θεραπευτικά προγράμματα όπως η εξωνεφρική κάθαρση και η μεταμόσχευση νεφρού είναι δυνατό να έχουν ψυχοπιεστικό αποτέλεσμα στον ασθενή και τους οικείους/φροντιστές του. Η ανάγκη για την αντιμετώπιση των ψυχικών επιπτώσεων που προκαλούνται καθώς και η ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, καθιστούν σημαντική και αναγκαία την παρέμβαση του ψυχιάτρου, υπό το πρίσμα ενός βιο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου θεώρησης της νόσου.

**Βιολογική θεώρηση**

Η ΧΝΑ σχετίζεται με βιοχημικές διαταραχές που επηρεάζουν πολλά όργανα και ρυθμιστικά συστήματα, συμπεριλαμβανομένης και της λειτουργίας του κεντρικού νευρικού συστήματος. Είναι γνωστή πλέον η στενή αλληλεπίδραση οργανικών και ψυχικών παραγόντων στη δημιουργία του παθογενετικού μηχανισμού της, που υπόκειται στην αρχική εκδήλωση και διαμορφώνει την πορεία της νόσου. Το θεωρητικό πλαίσιο της συμμετοχής παραμέτρων από την ψυχική σφαίρα και της ακόλουθης ενεργοποίησης εγκεφαλικών συστημάτων - κέντρων του stress στη διαμόρφωση του οργανικού υπόβαθρου της νόσου, διαρκώς εμπλουτίζεται με καινούρια ευρήματα.

Ο όρος stress αναφέρεται στην μη ειδική προσαρμοστική απάντηση του σώματος σε έναν πιεστικό παράγοντα ("stressor"). Οι φυσιολογικές μεταβολές που προκαλούνται από το stress διαδραματίζουν προσαρμοστικό ρόλο και αντισταθούν την «προσπάθεια» που καταβάλει το σώμα για να διατηρήσει την ομοιόστασή του, παρά την επίδραση του στρεσογόνου παράγοντα. Η κυτταρική γήρανση αποτελεί μία από τις βασικές βιολογικές διαδικασίες της φυσιολογικής ανάπτυξης και ομοιόστασης του οργανισμού αλλά και διαφόρων παθολογικών καταστάσεων όπως η ΧΝΑ. Η εύρεση ενός αξιόπιστου και πρακτικού βιοδείκτη ανίχνευσης των γηρασμένων κυττάρων σε βιολογικό υλικό θα μπορούσε να προσφέρει σημαντικά οφέλη για την έρευνα και την κλινική πρακτική. Η λιποφουσκίνη αποτελεί ένα συσσωμάτωμα πρωτεϊνών, λιπιδίων και μετάλλων που έχουν υποστεί οξειδωτική. Ανευρίσκεται στο ήπαρ, στους νεφρούς, στους καρδιακούς μυς, στον αμφιβληστροειδή, στα νευρικά κύτταρα και στα γαγγλιακά κύτταρα. Η συσσώρευση λιποφουσκίνης είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου που εμπλέκεται στις διαδικασίες γήρανσης και σε νευροεκφυλιστικές ασθένειες. Η ακριβής απεικόνιση των γηρασμένων κυττάρων με την ανίχνευση της συσσωρευμένης λιποφουσκίνης σε αυτά μπορεί να επιτευχθεί μέσω της χρώσης Sudan-Black-B (SBB). Η μέθοδος αυτή, αφενός προσφέρει την δυνατότητα κατανόησης των φυσιολογικών διεργασιών και της παθοφυσιολογίας διαφόρων ασθενειών όπως η ΧΝΑ, και αφετέρου συμβάλει στην εκτίμηση της ανταπόκρισης σε διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Το σύνολο της προσπάθειας για την αντιμετώπιση του στρεσογόνου παράγοντα θεωρούμε ότι αποτελεί το αλλοστατικό φορτίο (Allostatic load). Η παρατεταμένη αύξηση του αλλοστατικού φορτίου, δηλαδή η παρατεταμένη επίδραση ενός στρεσογόνου παράγοντα, έχει ως επακόλουθο την ενεργοποίηση του φλεγμονώδους απαντητικού συστήματος (IRS). Η αιτιολογική επίδραση του στρες στη φλεγμονώδη απάντηση έχει τεκμηριωθεί επαρκώς. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, υπάρχει αμφίδρομη αλληλεπίδραση με τον άξονα Υποθάλαμος-Υπόφυση-Επινεφρίδια ή άλλως ονομαζόμενος άξονας του stress (HPA) και την απελευθέρωση κορτιζόλης, των σεροτονινεργικών οδών, και τη νευρογένεση. Η απάντηση στο stress περιλαμβάνει την απελευθέρωση προφλεγμονωδών κυτοκινών, με κυριότερους εκπροσώπους τον παράγοντα νέκρωσης όγκων (TNF-α) και την ιντερλευκίνη 6 (IL-6), οι οποίες αυξάνουν την απελευθέρωση της εκλυτικής ορμόνης της κορτικοτροπίνης (CRH), της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης (ACTH) και της κορτιζόλης, δρώντας απευθείας στον υποθάλαμο και την υπόφυση. Η απορρύθμιση του άξονα HPA και η επακόλουθη μεταβολή των συγκεντρώσεων των προφλεγμονωδών κυτοκινών είναι ένα σημαντικό εύρημα που παρατηρείται και στη ΧΝΑ. Χρήζει περαιτέρω διερεύνησης καθώς τα προϊόντα ενεργοποίησης του άξονα HPA εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια και των ψυχιατρικών διαταραχών, εγείροντας ερωτήματα σχετικά με κοινά παθοφυσιολογικά μονοπάτια μεταξύ της ΧΝΑ και ψυχιατρικών νοσολογικών οντοτήτων και τη μεταξύ τους σχέση αίτιου-αιτιατού.

Ένας άλλος μηχανισμός που συσχετίζει τις προφλεγμονώδεις κυτοκίνες με τη ΧΝΑ είναι η ικανότητά τους να επάγουν την παραγωγή του ενζύμου ινδολοαμίνης-2,3-διοξυγενάση (IDO), το οποίο με τη σειρά του καταλύει την σύνθεση κυνουρενίνης από την τρυπτοφάνη. Οι νεφροί, μεταξύ άλλων, εμπλέκονται στο μεταβολισμό της τρυπτοφάνης (TRP). Ο ρόλος τους είναι διττός: Αφενός είναι η κύρια οδός της απομάκρυνσης των παραγώγων της τρυπτοφάνης, κυρίως ως κυνουρενίνης (KYN), 3-υδροξυκινουρενίνης (3-HKYN), κινουρενικού οξέος (KYNA), ξανθουρενικού οξέος (XA) και κινολινικού οξέος (QA), αφετέρου παράγουν διάφορα ένζυμα, που συμμετέχουν στο μεταβολισμό της κυνουρενίνης: IDO, 3-υδροξυλάση της κυνουρενίνης (3-HK), κυνουρενινάση (KN), αμινοτρανσφεράση της κυνουρενίνης (KA) και 3-υδρόξυ-ανθρανιλική-3,4-διοξυγενάση. Είναι προφανές πως οποιαδήποτε νεφρική δυσλειτουργία θα έχει αντίκτυπο στο μονοπάτι της κυνουρενίνης που είναι η κύρια οδός μεταβολισμού της τρυπτοφάνης. Στη ΧΝΑ, η συγκέντρωση πλάσματος της TRP μειώνεται και παράλληλα αυξάνεται η

συσσώρευση μεταβολιτών του μονοπατιού της KYN (KYN, 3-ΗΚΥΝ, KYNA, AA, 3-ΗΑΑ, ΧΑ και QΑ). Η οικογένεια των μεταβολικών προϊόντων της KYN περιλαμβάνει ενώσεις που έχουν αναγνωρισθεί ως βασικοί αγωνιστές και ανταγωνιστές νευροδιαβιβαστών, νευροτοξίνες, ανοσορρυθμιστές, αντιοξειδωτικά και καρκινογόνα. Η συσσώρευση αυτών των ουραιμικών τοξινών, μπορεί να οδηγήσει σε νευροψυχιατρικά συμπτώματα όπως αποπροσανατολισμός, διαταραχές της συμπεριφοράς, διαταραχές μνήμης, μειωμένη κινητική και συναισθηματική δραστηριότητα, σπασμούς και κώμα και επιπλέον ενοχοποιείται για εμφάνιση νευρολογικής σημειολογίας, αυξημένη ευαισθησία σε λοιμώδεις νόσους, υπέρταση, διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων.

Ο μεταβολίτης της οδού KYN-3-ΗΚΥΝ εμπλέκεται στην ανάπτυξη της αναιμίας που παρατηρείται στους ασθενείς με ΧΝΑ. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η αναιμία συνδέεται με την έλλειψη ερυθροποιητίνης στους ασθενείς αυτούς καθώς και με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης γνωσιακών ελλειμμάτων. Μελέτες σε ασθενείς με ΧΝΑ επισημαίνουν την βελτίωση των γνωσιακών τους λειτουργιών μετά από την χορήγηση ερυθροποιητίνης, ενώ σε αντίστοιχες μελέτες με πειραματόζωα η χορήγηση ερυθροποιητίνης βελτίωσε τις ικανότητες μνήμης και μάθησης. Συνεπώς, οι προοπτικές χρήσης της ερυθροποιητίνης με στόχο την βελτίωση γνωσιακών ελλειμμάτων στην ΧΝΑ αποτελεί ένα ενδιαφέρον πεδίο έρευνας που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Όπως προαναφέρθηκε, οι μεταβολίτες της οδού KYN-TRP σχετίζονται με δείκτες φλεγμονής και οξειδωτικού stress σε ασθενείς με ΧΝΑ. Η ποσοτική μέτρηση του χρόνιου stress μέσω αντιπροσωπευτικών βιολογικών δεικτών, αποτελεί σημαντική πρόκληση. Το αλλοστατικό φορτίο μπορεί να αξιολογηθεί μέσω της μέτρησης της μεταβολής φυσιολογικών δεικτών όπως η αρτηριακή πίεση, ο καρδιακός ρυθμός, η κορτιζόλη και οι κατεχολαμίνες. Τα δείγματα σιέλου και ορού αίματος όμως, παρέχουν πληροφορίες για την συγκέντρωση κορτιζόλης σε μια μεμονωμένη χρονική στιγμή. Συνεπώς, είναι κατάλληλες μετρήσεις για την αξιολόγηση μόνο του οξέος stress. Μια μεμονωμένη μέτρηση δεν μπορεί να ανιχνεύσει την επίδραση της συστηματικής έκθεσης σε έναν στρεσογόνο παράγοντα, όπως στην περίπτωση της ΧΝΑ. Τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται αυξημένο ενδιαφέρον για την ποσοτική μέτρηση ενδογενών ουσιών στα μαλλιά, όπως η κορτιζόλη. Ο Cirimele και οι συνεργάτες του (2000) ήταν από τους πρώτους που εξέτασαν εάν μπορούν να ανιχνευθούν γλυκοκορτικοειδή στα μαλλιά ανθρώπων. Με εργαστηριακό έλεγχο (Sorenson buffer - liquid chromatography - ion spray mass spectrometry) ανιχνεύθηκαν στα μαλλιά δέκα είδη γλυκοκορτικοειδών. Το 2007 ο Sauve και οι συνεργάτες του ήταν οι πρώτοι που χρησιμοποίησαν πρωτόκολλο με ELISA για την μέτρηση της κορτιζόλης στα μαλλιά. Οι συγκεντρώσεις της κορτιζόλης στα μαλλιά δεν παρουσίαζαν κανονική κατανομή αλλά μετά από λογαριθμική μεταβολή διαπιστώθηκε ένα εύρος τιμών αναφοράς μεταξύ 1.7—153.2 pg/mg με μέση τιμή συγκέντρωσης τα 46.1 pg/mg. Οι τιμές της κορτιζόλης συγκρίθηκαν με εκείνες που συλλέχθηκαν από τη σίελο, το αίμα, και τα ούρα 24ώρου. Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στις συγκεντρώσεις κορτιζόλης στα μαλλιά και τις συγκεντρώσεις στα ούρα 24ώρου ( $r = 0.333$ ,  $P < 0.04$ ) αλλά δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις συγκεντρώσεις κορτιζόλης στο σάλιο και στο αίμα. Σε αντίθεση με τα δείγματα σωματικών υγρών που απαιτούν ειδικές συνθήκες φύλαξης πριν από την ανάλυση, τα δείγματα μαλλιών μεταφέρονται και αποθηκεύονται εύκολα. Επιπλέον, με δεδομένο πως τα μαλλιά έχουν ένα σχετικά προβλέψιμο ρυθμό ανάπτυξης περίπου 1 cm/μήνα, το τμήμα που βρίσκεται σε απόσταση ενός εκατοστού από το κρανίο αντανάκλα την παραγωγή κορτιζόλης τον τελευταίο μήνα, το τμήμα που βρίσκεται σε απόσταση 2 εκατοστών από το κρανίο αντανάκλα την παραγωγή κορτιζόλης δύο μήνες πριν κοκ. Συνεπώς οι ερευνητές πλέον έχουν την δυνατότητα να μετρήσουν αναδρομικά την παραγωγή κορτιζόλης, σε περιόδους κατά τις οποίες επιδρούσε ένας στρεσογόνος παράγοντας ή εναλλακτικά, παρέχει μια βάση για την εκτίμηση των επιπέδων κορτιζόλης σε χρονικές περιόδους κατά τις οποίες δεν δρα κάποιος στρεσογόμος παράγοντας. Με βάση την υπόθεση αυτή έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες που σχετίζουν την επίδραση του stress και τη μέτρηση των επιπέδων κορτιζόλης στην τρίχα των μαλλιών, με σωματικές νόσους (οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακή νόσος, μεταβολικό σύνδρομο), ψυχιατρικές νόσους (PTSD, διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, διαταραχή πανικού) και ψυχοπνευστικές καταστάσεις (ανεργία, χρόνιος πόνος, αερόβια άσκηση, τραυματικές εμπειρίες). Στο πλαίσιο αυτό, θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον η ανίχνευση των επιπέδων κορτιζόλης της τρίχας των μαλλιών των ασθενών με ΧΝΑ.

Τρεις ανασκοπήσεις που δημοσιεύτηκαν μόλις τους τελευταίους έξι μήνες, αναδεικνύουν το σημαντικό ρόλο του εντερικού μικροβιώματος στη ΧΝΑ. Την τελευταία δεκαετία το μικροβίωμα (microbiota) έχει συγκεντρώσει το ενδιαφέρον της μικροβιολογίας, της γενετικής, της γαστρεντερολογίας και των νευροεπιστημών. Ορισμένοι μελετητές τείνουν να το χαρακτηρίσουν ως ξεχωριστό «όργανο» λόγω της πολυσχιδούς του δράσης. Η συμμετοχή του αφορά την παραγωγή ουραιμικών τοξινών, οι οποίες εφόσον περάσουν τον εντερικό φραγμό, εισέρχονται στην συστηματική κυκλοφορία και συμβάλλουν στη φλεγμονώδη κατάσταση, την νεφροτοξικότητα, την αθηροσκληρύωση, τη καρδιαγγειακή νόσο, την κατάθλιψη, τις γνωστικές δυσλειτουργίες, την αντίσταση στην ινσουλίνη και την αυξημένη θνησιμότητα. Μελέτες υποστηρίζουν την αμφίδρομη επικοινωνιακή οδό εντερικού μικροβιώματος - εγκεφάλου (gut brain axis) μέσω πολύπλοκων μηχανισμών επικοινωνίας. Σημαντική θεωρείται η συμβολή του εντερικού μικροβιώματος στη διαθεσιμότητα και το μεταβολισμό της τρυπτοφάνης και κατ' επέκταση στη συγκέντρωση σεροτονίνης όπως και στη σύνθεση-απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών, επηρεάζοντας με τον τρόπο αυτό το νευρικό σύστημα, την ανταπόκριση στο στρες, την ανοσιακή απάντηση, τη διάθεση (αγχώδεις διαταραχές-κατάθλιψη), νοητικές διεργασίες όπως η μάθηση, η μνήμη και την πλαστικότητα εγκεφάλου. Αξίζει να σημειωθεί πως η εντερική μικροχλωρίδα μεταβάλλεται κατά τα διάφορα στάδια της ζωής ενός ανθρώπου. Με την πάροδο του χρόνου το μικροβίωμα διαφοροποιείται και παρατηρείται αύξηση στον αριθμό, το μέγεθος και την ενεργοποίηση της μικροβιοϊότητας που μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια χαμηλού βαθμού φλεγμονή ("ανοσογήρανση-inflammaging"), βλάβη των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου - νευροεκφύλιση και γνωστικές δυσλειτουργίες. Υποστηρίζεται επίσης, πως η σύνθεση του μικροβιώματος μπορεί να επηρεάσει το ρυθμό της γήρανσης και συγκεκριμένες παραλλαγές του μπορεί να αποτελούν πρόδρομους δείκτες μακροζωίας. Συνεπώς, μια προσπάθεια παρέμβασης στο εντερικό μικροβίωμα μπορεί να αποτελέσει νέα πρόκληση για την επιστημονική κοινότητα.

Για την επιβάρυνση της ψυχικής και ψυχοκοινωνικής ζωής των χρόνιων νεφροπαθών ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό και η θεραπεία του που περιλαμβάνει είτε τη συντηρητική φαρμακευτική αγωγή είτε τη εξωνεφρική κάθαρση και τέλος τη νεφρική μεταμόσχευση. Οι ασθενείς που βρίσκονται σε αιμοκάθαρση φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από ασθενείς που δεν έχουν ξεκινήσει ακόμα πρόγραμμα αιμοκάθαρσης ή από μεταμοσχευμένους ασθενείς. Πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη νεφρική νόσο (κορτικοστεροειδή, ρεσερπίνη, θειαζίδες, κλονιδίνη, αναστολείς ΜΕΑ, αναστολείς ιόντων ασβεστίου, β-αναστολείς, κυκλοσπορίνη κ.ά.) είναι αιτίες για νευροψυχιατρικές επιπλοκές, που κυμαίνονται από κατάθλιψη ή ευφορία έως σύγχυση, ψευδαισθήσεις, άνοια ή ψύχωση. Ο περιορισμός του ελεύθερου χρόνου και των διατροφικών συνηθειών, η δυσκολία στην απομάκρυνση από τον τόπο μόνιμης διαμονής, οι επιπλοκές όπως συχνές λοιμώξεις, οι συχνές νοσηλείες και η εξάρτηση είτε από μέλη της οικογένειας-φροντιστές είτε από το θεραπευτικό κέντρο τροποποιούν σε τέτοιο βαθμό τις καθημερινές συνήθειες ώστε αντιδραστικά να παρατηρούνται ευερεθιστότητα, άγχος και κατάθλιψη και να επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό η ποιότητα ζωής. Αναφέρεται ότι ασθενείς που βρίσκονται σε περιτοναϊκή κάθαρση, περίπου κατά το 1/3 παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ σε σύγκριση ανάμεσα σε ασθενείς με χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση και με συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για την ψυχιατρική νοσηρότητα και τις επιπτώσεις στη ποιότητα ζωής. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι σε ασθενείς με εξωνεφρική κάθαρση επιβαρύνεται η ποιότητα ζωής με το πέρασμα του χρόνου, αλλά και η αντίληψη των ασθενών ότι κυρίως η σωματική τους υγεία χειροτερεύει. Ολοκληρώνοντας την αναφορά βιολογικών παραγόντων που σχετίζονται με τις ψυχικές εκδηλώσεις σε χρόνιους νεφροπαθείς, θα πρέπει να σημειώσουμε και τα ψυχολογικά προβλήματα των μεταμοσχευθέντων που οφείλονται σε οργανικά αίτια. Αυτά οφείλονται κυρίως στην ανοσοκατασταλτική φαρμακευτική αγωγή (κορτικοστεροειδή και κυκλοσπορίνες) που είναι γνωστό ότι προκαλούν ευερεθιστότητα, διαταραχές της διάθεσης, νευροτοξικότητα, ψυχωτικά συμπτώματα. Συχνή αιτία κατάθλιψης σε αυτή την κατηγορία ασθενών αποτελούν οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις και οι πολλαπλές επακόλουθες νοσηλείες.

### **Ψυχοκοινωνική θεώρηση**

Πέρα από τους βιολογικούς παράγοντες, το σημαντικότερο ίσως ρόλο στην ανάπτυξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια διαδραματίζει η ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών αυτών. Η θετική ή αρνητική έκβασή της εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενούς και

την υποστήριξη που δέχεται από το ιατρικό, νοσηλευτικό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Πάνω σε αυτό το υπόστρωμα δρα η νόσος ως ψυχοπιεστική κατάσταση και από την αλληλεπίδραση αυτών των τριών παραγόντων διαμορφώνεται η προσαρμογή του ασθενή στη νόσο του. Οι Cukor et al. (2007) περιέγραψαν λεπτομερώς τους στρεσογόνους παράγοντες σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, όπου μεταξύ άλλων περιλαμβάνονταν οι επιπτώσεις της ασθένειας, οι παρενέργειες της θεραπείας, οι διαιτητικοί περιορισμοί, οι αλλαγές στην εργασία, στους κοινωνικούς ρόλους και η μεταβολή στη δυναμική του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Ένα ισχυρό Εγώ κινητοποιεί συνήθως ευπροσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου, ενώ αντίθετα ένα αδύναμο Εγώ, μέσα από ανώριμους μηχανισμούς άμυνας οδηγεί σε ανεπιτυχή προσαρμογή, ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών, μη συμμόρφωση ή άρνηση για θεραπεία, διατάραξη διαπροσωπικών-ενδοοικογενειακών σχέσεων και τελικά σε κακή έκβαση της ίδιας της νόσου. Ασθενείς που δεν καταφέρνουν να διαχειριστούν το θυμό και την τάση τους για εξάρτηση, αναπτύσσουν κατάθλιψη, που με τη σειρά της συνδέεται με υψηλότερη θνητότητα, υψηλότερα ποσοστά περιτονίτιδας και πιο συχνές νοσηλείες. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών κυμαίνεται μεταξύ 20-30% και ακολουθούν οι αγχώδεις διαταραχές, η χρήση ουσιών και οι ψυχωσικές διαταραχές. Η κατάθλιψη επιφέρει πλήθος αρνητικών συνεπειών στη ζωή του ασθενούς. Υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε αυτή την κατηγορία των ασθενών έχουν συσχετισθεί με μειωμένη ποιότητα ζωής, αυξημένη συννόσηση με άλλες ιατρικές παθήσεις, αυξημένο αριθμό και μεγάλη διάρκεια νοσηλείων αλλά και θνητότητα. Επιπλέον η κατάθλιψη αποτελεί προγνωστικό παράγοντα ελλιπούς συμμόρφωσης στη θεραπεία σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση και σε μεταμοσχευμένους ασθενείς, με τη δεύτερη κατηγορία ασθενών να αντιμετωπίζει κίνδυνο απόρριψης του μοσχεύματος. Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση των DiMatteo et al. (2000) καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσίαζαν ελλιπή συμμόρφωση στη θεραπεία έως και 3 φορές περισσότερο από τους μη καταθλιπτικούς. Η κατάθλιψη φαίνεται να αποτελεί σοβαρό αιτιολογικό παράγοντα μη συνεργασίας και διατάραξης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ΧΝΑ. Μελέτες έδειξαν ότι η αντίληψη του ασθενούς για τη νόσο του συνδέεται με την ανάπτυξη κατάθλιψης περισσότερο από ότι η ίδια η σοβαρότητα της νόσου. Από τη στιγμή της ανακοίνωσης της διάγνωσης κινητοποιούνται στον ασθενή φόβοι αναπηρίας ή θανάτου, επαγγελματικής και κοινωνικής ανεπάρκειας, οικονομικής καταστροφής. Ξεκινώντας τη θεραπεία τροποποιούνται οι καθημερινές συνήθειες και οι ενδοοικογενειακές σχέσεις. Αναφέρεται ότι σχεδόν όλοι οι ασθενείς ένιωθαν απελπισία και οι μισοί τουλάχιστον εκδήλωσαν άγχος όταν παρακολουθήθηκαν για είκοσι δύο εβδομάδες. Οι ίδιοι ασθενείς ανέφεραν ανησυχία για ενδεχόμενη οικονομική και οικογενειακή καταστροφή, απώλεια της εργασίας τους, απώλεια της ανεξαρτησίας τους και του ρόλου τους στην οικογένεια. Ο ασθενής παίρνει πλέον το ρόλο του αδύναμου και του εξαρτημένου.

Στα πλαίσια της ανάγκης αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και του άγχους έχουν διεξαχθεί μελέτες ψυχοθεραπευτικών και άλλων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων σε διαφορετικά στάδια της νόσου και της θεραπείας, με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Παρ' όλα αυτά το θέμα αυτό δεν είναι επαρκώς μελετημένο και πολλοί συγγραφείς τονίζουν την ανάγκη για περισσότερη έρευνα στο πεδίο της ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Σχετικά με το κόστος των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, στην πλειοψηφία τους οι έρευνες κόστους-αποτελεσματικότητας σε ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας συμπεραίνουν ότι υπάρχουν σημαντικά κλινικά οφέλη (μειωμένη διάρκεια καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας) και τα αποτελέσματα της είναι καλύτερα από την τυπική ιατρική φροντίδα, αν και υπάρχει αύξηση του κόστους. Ωστόσο, αν και το κόστος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αυξάνεται γι' αυτούς τους ασθενείς, παρατηρείται μείωση στο κόστος των γενικών (μη ψυχιατρικών) υπηρεσιών υγείας.

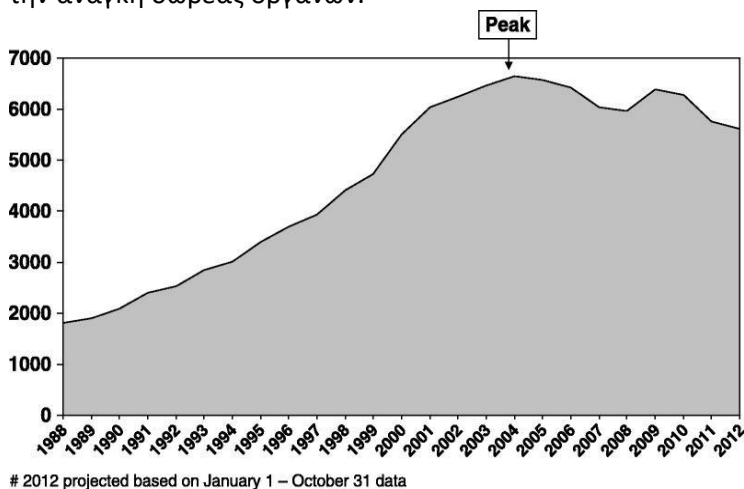
### **Μεταμόσχευση και δότες**

Επιπλέον ψυχοκοινωνικά θέματα έρχονται να προστεθούν στις περιπτώσεις που επίκειται μεταμόσχευση, τόσο κατά την περίοδο αναμονής του μοσχεύματος όσο και μετά. Το κυριότερο ηθικό πρόβλημα που προκύπτει είναι το κατά πόσο η απόφαση του δότη είναι αυτόβουλη ή έχει ληφθεί κάτω από εξωτερική πίεση (από άλλους συγγενείς ή από τον ίδιο το νεφροπαθή).

Η δωρεά οργάνων αποτελεί ένα μείζον θέμα τόσο στην επείγουσα ιατρική του διάστασης, όσο και στον αντίκτυπο που έχει στην κοινωνία. Η ολοένα αυξανόμενη ανάγκη εύρεσης οργάνων προς

μεταμόσχευση, ανακουφίζεται πλέον κατά ένα μεγάλο μέρος από ζωντανούς δότες οι οποίοι μπορούν να ταξινομηθούν σε 6 κατηγορίες με βάση τα κίνητρα τους και την ιδιαίτερη σχέση με το αποδέκτη του μοσχεύματος: 1) βιολογικά σχετιζόμενους (συγγενείς), 2) συναισθηματικά σχετιζόμενους (πχ. εραστές, φίλοι), 3) «καλούς Σαμαρίτες» (α. κατευθυνόμενη, β. μη-κατευθυνόμενη μεταμόσχευση), 4) πωλητές οργάνων, 5) ανταλλάκτες οργάνων (organ exchangers).

Στις ΗΠΑ το 2001 η προσφορά των ζωντανών δοτών ξεπέρασε για πρώτη φορά αυτή των πτωματικών. Η μεταμόσχευση νεφρών από ζώντες δότες αποτελεί το 1/3 του συνόλου των μεταμοσχεύσεων νεφρών στις ΗΠΑ και συνεχίζει να προσφέρει ανώτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με την αιμοκάθαρση και την μεταμόσχευση από πτωματικούς δότες. Από το 1988 ως το 2004 υπήρξε αξιοσημείωτη αύξηση (265%) της μεταμόσχευσης από ζώντες δότες, ενώ κάθε έτος υπήρχε αύξηση σε σχέση με το προηγούμενο. Η αύξηση αυτή αποδίδεται σε διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου την πρόοδο στον έλεγχο ιστοσυμβατότητας, νέες λαπαροσκοπικές χειρουργικές τεχνικές, ευρήματα συγκρίσιμης επιβίωσης μοσχεύματος μεταξύ γενετικά συγγενών και μη συγγενών δοτών, ευρύτερη ενημέρωση του κοινού σχετικά την ανάγκη δωρεάς οργάνων.



Παρόλα αυτά, μετά την μέγιστη τιμή το 2004 (6647 δότες), ο ετήσιος αριθμός των ζωντανών δοτών μειώνεται κάθε χρόνο (με εξαίρεση το 2009) παρά την έντονη εφαρμογή νέων προγραμμάτων για την διεύρυνση της δωρεάς νεφρών. Οι συγγενείς δότες (sibling donors) αποτελούσαν ιστορικά τον πιο συχνό τύπο δοτών, με μέγιστη προσφορά το 2001. Έκτοτε ο αριθμός αυτών βρίσκεται σε συνεχή πτώση. Για πρώτη φορά το 2010 μια άλλη κατηγορία ζωντανών δοτών (μη συγγενείς όχι σύζυγοι – unrelated non spouses) ξεπέρασε σε αριθμό τους συγγενείς δότες. Οι γονείς δότες επίσης έφτασαν στη μέγιστη προσφορά το 2001 και έκτοτε η προσφορά βρίσκεται σε πτώση αν και σε λιγότερο βαθμό σε σχέση με τους συγγενείς δότες. Τόσο ο αριθμός των συγγενών δοτών όσο και των γονέων δοτών έφτασε το 2011 στα χαμηλότερα επίπεδα των τελευταίων 20 χρόνων. Η πτώση αυτή αποδίδεται σε διάφορους παράγοντες όπως: αλλαγές στην προτεραιότητα των μεταμοσχεύσεων από πτωματικούς δότες, αυξημένη έμφαση στην επίδοση και αποτελεσματικότητα των κέντρων μεταμοσχεύσεων, αλλαγές στα κριτήρια επιλογής των δοτών, δημογραφικές μεταβολές στον πληθυσμό των δοτών, κατάσταση υγείας του γενικού πληθυσμού, καθώς και οικονομικοί παράγοντες. Αξίζει να σημειωθεί πως σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε, η εκτιμώμενη αθροιστική επίπτωση της ΧΝΑ τελικού σταδίου 15 χρόνια μετά από την μεταμόσχευση ήταν 30.8 ανά 10 000 (95% CI, 24.3-38.5) στους δότες, και 3.9 ανά 10 000 (95% CI, 0.8-8.9) σε υγιείς μη-δότες ( $P < .001$ ). Πρόκειται για έρευνα ανάμενα σε δότες και δείγμα υγιούς πληθυσμού αντίστοιχων στοιχείων (ηλικία-φύλο-φυλή-βάρους-BMI κλπ). Μεταξύ γενικού πληθυσμού, δοτών και υγιούς δείγματος αντίστοιχου των δοτών ο κίνδυνος εμφάνισης ΧΝΑ είναι μεγαλύτερος στο γενικό πληθυσμό, ακολουθούν οι δότες και έπεται το αντίστοιχο συγκρίσιμο δείγμα.

Έχουν παρέλθει πάνω από 50 χρόνια από την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα δότη. Παρόλα αυτά, η πράξη αυτή συνεχίζει να εγείρει ηθικά ζητήματα, προβληματισμούς καθώς και ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον για τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που διακρίνουν τους δότες και την ηθική συνιστώσα που καθορίζει μια τέτοια επιλογή τους. Πράγματι, αν και όπως φαίνεται πιο πάνω, έχει μελετηθεί ένα σημαντικό πλήθος εκ των παραγόντων που δύναται να επηρεάσουν τη δωρεά νεφρών,

θεωρούμε πως ακόμα υφίσταται εδώ ένα σημαντικό και ενδεχομένως κρίσιμο ερευνητικό κενό αναφορικά προς την επιμέλεια των ιδιαίτερων πτυχών του ηθικού σκέπτεσθαι που ενδέχεται να χαρακτηρίζουν τους δότες. Η δωρεά νεφρού αποτελεί μια κορυφαία πράξη αλtruισμού, συνεπώς μια πράξη σαφέστατου ηθικού πρόσημου. Είναι λοιπόν αναγκαίο να εξεταστούν οι παράγοντες που οδηγούν στο σχηματισμό και την εδραίωση μια τέτοιας απαραίτητης για το κοινωνικό σύνολο ηθικής. Προς τούτο χρειάζεται να σκιαγραφηθούν τα στοιχεία εκείνα που ενδέχεται να χαρακτηρίζουν ιδιαιτέρως τη σκέψη ατόμων της αυτής ηθικής. Διαφέρει σε κάτι το ηθικό κρίνουν και η διαδικασία λήψης αποφάσεων (decision making) των δοτών; Ο εντοπισμός των στοιχείων σκέψης επί των οποίων οι δότες διαφέρουν από τους υπόλοιπους μέσους ανθρώπους μπορεί στη συνέχεια να οδηγήσει στην αναζήτηση των ψυχο-κοινωνικών παραγόντων που ενισχύουν τα εν λόγω στοιχεία και εν τέλει στην καλλιέργεια των παραγόντων αυτών. Με άλλα λόγια, η ενίσχυση πρακτικών φιλαλληλίας, αλληλεγγύης και αλtruισμού μεταξύ των μελών του κοινωνικού συνόλου προϋποθέτει μεταξύ άλλων την επεξεργασία των νοητικών χαρακτηριστικών που προσιδιάζουν στις πρακτικές αυτές. Κρίνουμε, επομένως, σημαντική την εκπόνηση ενός ερευνητικού προγράμματος αναφορικά με την ηθικού κρίνουν και της διαδικασίας λήψης αποφάσεων ενός ειδικού πληθυσμού που παρουσιάζει υψηλά επίπεδα αλληλεγγύης και αλtruισμού και συγκεκριμένα των δοτών νεφρού. Άλλωστε, εκτός από παράδειγμα και υπόδειγμα ηθικής συμπεριφοράς, η δωρεά νεφρού αποτελεί και μία από τις πλέον δραστικές πράξης βελτίωσης της δημόσιας υγείας. Συνεπώς, οι νοητικές βάσεις επί των οποίων εδράζεται μια τέτοια ηθική πρέπει να αποτελούν αντικείμενο όχι μόνο κοινωνιολογικού/φιλοσοφικού αλλά και γνήσιου ιατρικού/θεραπευτικού ενδιαφέροντος.

### **Μεταμοσχευθέντες ασθενείς**

Οι ασθενείς που τελικά υφίστανται μεταμόσχευση παρουσιάζουν βελτιωμένη ποιότητα ζωής και πιθανόν μικρότερα ποσοστά ψυχιατρικής συννόησης, σε σύγκριση με τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, παρά την αγωνία για την ίδια τη χειρουργική επέμβαση και τους φόβους απόρριψης του μοσχεύματος που κινητοποιούν αγχώδεις και καταθλιπτικές εκδηλώσεις στους ίδιους και τις οικογένειές τους. Η παρατήρηση αυτή έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον ερευνητικών ομάδων. Η κατάθλιψη είναι και σε αυτή την κατηγορία ασθενών η καλύτερα μελετημένη ψυχιατρική κλινική οντότητα. Ο επιπολασμός της παρουσιάζει ένα εύρος και αυτό πιθανότατα συνδέεται με τη μέθοδο εκτίμησης της καθώς πολλά από τα συμπτώματα επικαλύπτονται με αυτά της ίδιας της νεφρικής δυσλειτουργίας. Στις μεθοδολογικά αρτιότερες έρευνες, ο επιπολασμός σημείου εκτιμήθηκε μεταξύ 22-31%. Πέρα από τη συχνότητα εμφάνισης, το δεύτερο κρίσιμο ερώτημα είναι η επίδραση της νόσου στην πρόγνωση του μεταμοσχευμένου ασθενούς. Και σε αυτή την περίπτωση υπήρξε θετική συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και υψηλότερης νοσηρότητας και θνητότητας, με τους μεταμοσχευμένους ασθενείς που έπασχαν από κατάθλιψη να παρουσιάζουν διπλάσια πιθανότητα απόρριψης του μοσχεύματος και επιστροφής σε αιμοκάθαρση. Η συσχέτιση αυτή μάλιστα ήταν πιο ισχυρή όσο πιο αυστηρά ήταν τα κριτήρια διάγνωσης της κατάθλιψης. Ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός ότι η ύπαρξη κατάθλιψης πριν τη μεταμόσχευση φάνηκε να έχει μικρότερη επίδραση από εκείνη που πρωτοεμφανιζόταν κατόπιν με την ελλιπή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή να ενοχοποιείται για τη συσχέτιση αυτή. Συγκεκριμένα υπολογίζεται ότι 22-28% των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού παρουσιάζουν ελλιπή συμμόρφωση στην ανοσοκατασταλτική αγωγή και αυτή η ελλιπής συμμόρφωση ευθύνεται για το 16-36% των περιπτώσεων απόρριψης του μοσχεύματος. Άλλοι πιθανολογούμενοι μηχανισμοί είναι η καλά μελετημένη σχέση της κατάθλιψης με την καρδιαγγειακή νόσο και με τη φλεγμονή. Τέλος, η επιστημονική έρευνα παρουσιάζει κενό στη επεξεργασία της προσωπικότητας και το ρόλο της στην πρόγνωση του μεταμοσχευμένου ασθενούς. Περισσότερο ίσως έχουν μελετηθεί κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της που εικάζεται ότι μπορεί να επηρεάζουν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η αλεξιθυμία και η δυσκολία στη ρύθμιση αρνητικών συναισθημάτων. Συγκεκριμένα σε δημοσίευση 43 μεταμοσχευμένων ασθενών βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της δυσκολίας αναγνώρισης των συναισθημάτων, της ελλιπούς συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και έκπτωσης στην ποιότητα ζωής. Μια υπόθεση είναι ότι η δυσκολία που παρουσιάζουν αυτοί οι άνθρωποι στη ρύθμιση των αρνητικών συναισθημάτων και στην κατανόηση τόσο των δικών τους συναισθημάτων όσο και των άλλων καθορίζει μια κατάσταση χαμηλής ενσυναισθητικής ικανότητας η οποία σχετίζεται με αρκετά παρορμητικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές ελλιπούς συμμόρφωσης. Οι παράγοντες ψυχικής υγείας φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην

πρόγνωση της σωματικής υγείας μεταμοσχευμένων ασθενών, της ακεραιότητας του μοσχεύματος και της ποιότητας ζωής τους μετά την μεταμόσχευση.

Ως εκ τούτου, εδώ διαφαίνεται μεταξύ άλλων η ανάγκη εντοπισμού και καταγραφής τέτοιου είδους αρνητικών ως προς την έκβαση της θεραπείας ενδείξεων με στόχο την επιβεβαίωση σε πληθυσμό Ελλήνων ασθενών των πειραματικών ευρημάτων διεθνών ερευνών που συσχετίζουν την αλεξιθυμία και τη δυσκολία ρύθμισης των αρνητικών συναισθημάτων με την αρνητική έκβαση της θεραπείας. Η δυσκολία διαχείρισης των αρνητικών συναισθημάτων δύναται επιπλέον να οδηγεί την κρίση των ασθενών και επομένως την από μέρους τους λήψη αποφάσεων σε μια απόκλιση από το μέσο όρο. Αυτή η απόκλιση με τη σειρά της οδηγεί και πάλι σε μη συμμόρφωση των ασθενών με τη θεραπευτική αγωγή αλλά και σε άλλες οδύνες σχετιζόμενες με την καθημερινή τους διαβίωση και κοινωνική διάδραση με τους γύρω τους. Συνεπώς, κρίνεται ξανά ως αναγκαία και μια έρευνα εντοπισμού και καταγραφής των όποιων 'μεταλλάξεων' μπορεί να τύχει η ηθική κρίση και η λήψη αποφάσεων (decision making) των ασθενών υπό το βάρος της ασθένειάς τους.

Η ηθική φύση του ανθρώπου θα μπορούσε να οριστεί ως το σύνολο των συνθηθειών και των αξιών που υιοθετούνται από μια κοινωνική ομάδα και καθορίζει μια κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά. Στον χώρο των νευροεπιστημών αποτελεί τμήμα της νοητικής λειτουργίας του ανθρώπου και ειδικότερα της κοινωνικής νόησης. Η ανάλυση ατόμων με παρέκκλιση της συμπεριφοράς ανέδειξε ως αιτιολογικό παράγοντα προβλήματα στην εγκεφαλική τους λειτουργία και αντιστρόφως, άτομα με εντοπισμένες εγκεφαλικές βλάβες παρουσιάζουν ελλείμματα σε συγκεκριμένες νοητικές διεργασίες, αφήνοντας ακέραιες τις υπόλοιπες. Μελέτες με τη βοήθεια απεικονιστικών μεθόδων (fMRI) και ψυχολογικών πειραμάτων και δοκιμασιών (the Trolley Problem, the crying baby dilemma, the Ultimatum Game κλπ.) μπόρεσαν να καθορίσουν με μεγαλύτερη ακρίβεια περιοχές του εγκεφάλου που συμμετέχουν στην κριτική σκέψη και στη διεργασία λήψης αποφάσεων. Σύμφωνα με τη θεωρία της Διπλής Επεξεργασίας (Dual-process of moral judgment) υπάρχουν δύο μηχανισμοί που καθορίζουν την ηθική κρίση: το συναίσθημα (intuitive emotional processing) και η λογική (control cognitive processing). Καθένας από αυτούς τους μηχανισμούς εδράζεται σε διακριτά νευρωνικά κυκλώματα (συναίσθημα → μεταιχμιακό σύστημα, λογική → προμετωπιαίος φλοιός). Ο κάθε μηχανισμός συνδέεται με διαφορετικού τύπου απαντήσεις (συναίσθημα → δεοντολογικές απαντήσεις, λογική → ωφελιμιστικές επιλογές "greater good"), ενώ ενεργοποιούνται σε διαφορετικό βαθμό ανάλογα με την φύση του διλήμματος (προσωπικό πρόβλημα → συναίσθημα, μη προσωπικό → λογική) και την ένταση της συγκινησιακής αντίδρασης. Οι δύο μηχανισμοί άλλοτε συνεργάζονται προς την ίδια κατεύθυνση και άλλοτε έρχονται σε σύγκρουση όπως σε περίπλοκα διλήμματα που οι συναισθηματικές απαντήσεις λογοκρίνονται από την λογική οδηγώντας σε ωφελιμιστικές επιλογές. Σύμφωνα με άλλο θεωρητικό μοντέλο, το συναίσθημα και η λογική αποτελούν μη διακριτά στοιχεία που καθοδηγούν τα κίνητρα συμπεριφοράς απέναντι σε ηθικά διλήμματα μέσω ενός ενιαίου μηχανισμού που εδράζεται σε φλοιο-μεταιχμιακά κυκλώματα. Έτσι τα αντικρουόμενα ηθικά προβλήματα δεν επιλύονται μέσα από τη σύγκρουση λογικής και συναισθήματος, αλλά αντιπροσωπεύουν δυο διαφορετικές επιλογές που αποκωδικοποιούνται μέσω κινητοποίησης διαφορετικών κινήτρων.

Η σχετιζόμενη με τα προαναφερθέντα διεθνής βιβλιογραφία βρίθει από πειραματικές έρευνες που μελετούν τις αποκλίσεις της ηθικής σκέψης και της λήψης αποφάσεων (decision making) που προκαλούνται από διάφορους παράγοντες σε ένα εύρος διαφορετικών πληθυσμών που εκτείνεται από αντιπροσωπευτικά δείγματα του 'υγιούς' μέσου όρου (για παράδειγμα Chaiken et al. 1996; Chen et al. 1996; Greene et al. 2001; Greene et al. 2004; Haidt, 2001; 2006; 2007, Haidt & Bjorklund 2008; Moll et al. 2001; Moll et al. 2002a; 2002b; Moll et al. 2005; Young et al. 2007) μέχρι τις ακραίες περιπτώσεις ψυχοπαθών (για παράδειγμα Blair, 1995; Blair et al. 1996; de Oliveira-Souza et al. 2008a; 2008b; Glenn, Iyer et al. 2009; Glenn, Rine & Schug, 2009; Mendez et al. 2005; Richell et al. 2003; Verplaetse, 2009; Young et al. 2012) και ατόμων που έχουν υποστεί τραυματισμούς σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου (για παράδειγμα Ciaramelli et al. 2007; Ciaramelli et al. 2012; Damasio et al. 1990; Green et al. 2010; Krajchich et al. 2009; Moll et al. 2011; Moretto et al. 2009; Young, Bechara et al. 2010). Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν έχουν δημοσιευτεί ανάλογες έρευνες σε πληθυσμούς ασθενών που νοσούν ψυχικά ως αποτέλεσμα άλλων μη ψυχικών ασθενειών. Με άλλα λόγια εντοπίζεται εδώ ένα σημαντικό ερευνητικό κενό αναφορικά πιθανών 'μεταλλάξεων' στην ηθική κρίση και τη λήψη αποφάσεων συνεπεία συννόησης και όχι κάποιας πρωτογενούς ψυχικής ασθένειας. Κατά την άποψή μας, μια τέτοια πιθανότητα δείχνει να στοιχειοθετείται



επαρκώς από τα δημογραφικά/επιδημιολογικά στοιχεία που παρατίθενται στις προηγούμενες παραγράφους σε σχέση με τους νεφροπαθείς και χρήζει διερεύνησης και πειραματικής εξακρίβωσης δεδομένου ότι 'αλλοιώσεις' στην ηθική κρίση και τη λήψη αποφάσεων των ασθενών ενδέχεται να δυσχεράνει τη συμμόρφωσή τους με την όποια θεραπευτική αγωγή καθώς και τη διάδρασή τους με θεράποντες ιατρούς, φροντιστές και οικείους, οδηγώντας σε έναν φαύλο κύκλο μοιραίο για τον ασθενή καθώς η νόσος του θα τον οδηγεί σε ψυχικές πιέσεις που με τη σειρά τους θα τον ωθούν σε επιλογές και συμπεριφορές που θα επιτείνουν τη νόσο του. Συνεπώς, μια έρευνα του τρόπου, του βαθμού και των συνθηκών 'αλλοίωσης' της ηθικής κρίσης και της λήψης αποφάσεων ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια έρχεται όχι μόνο να καλύψει ένα μεγάλο διεθνές ερευνητικό κενό παράγοντας καινοφανή γνώση αλλά και να υποδείξει την ανάγκη και τον τρόπο ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών αυτών. Πριν από όλα όμως, οι ίδιες οι πειραματικές διαδικασίες μιας τέτοιας έρευνας, εξετάζοντας τις όποιες αποκλίσεις ατομικά σε κάθε ασθενή, θα αποτελέσουν καλά σταθμισμένες πειραματικές διαδικασίες εντοπισμού και καταγραφής των συμπτωμάτων μιας ψυχικής συν-νόσησης, δηλαδή θα αποτελέσουν αξιόπιστα όσο και πρωτότυπα-δεδομένου ότι δεν έχει ακόμα εκπονηθεί καμία ανάλογη έρευνα διεθνώς-διαγνωστικά εργαλεία που θα δώσουν στους θεράποντες ιατρούς τη δυνατότητα να εκτιμήσουν με μεγαλύτερη ακρίβεια και ασφάλεια τις εκ της νεφροπάθειας παρελκόμενες ψυχικές πιέσεις που δύναται να δυσχεράνουν το έργο τους. Η ανάπτυξη σταθμισμένων διαδικασιών-εργαλείων εντοπισμού της ψυχικής συννόσησης θα δώσει στους ιατρούς τη δυνατότητα επανεκτίμησης και επανασχεδιασμού των όποιων θεραπευτικών παρεμβάσεων σε σχέση με την πρωταρχική ασθένεια (εν προκειμένω τη νεφρική ανεπάρκεια) αλλά και προγραμματισμού μιας ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών τους που δείχνει εν τέλει να είναι απαραίτητο και αναπόσπαστο τμήμα μιας αποτελεσματικής θεραπείας.

### **Οικείο περιβάλλον/φροντιστές**

Φαίνεται πως η κατάσταση της υγείας του ασθενούς έχει μία αμφίδρομη σχέση και με το οικογενειακό περιβάλλον διαβίωσης, το οποίο επηρεάζεται εξίσου από τη νόσο. Η καλή οικογενειακή υποστήριξη συνδέεται με την επιτυχή προσαρμογή των ασθενών στην αιμοκάθαρση καθώς και τη συμμόρφωση του ασθενούς στους διατροφικούς περιορισμούς. Αντιστρόφως, ένας από τους κύριους παράγοντες που συνδέονται με την διακοπή της αιμοκάθαρσης των ασθενών είναι η αντίληψή τους ότι έχουν γίνει «βάρος» στους οικείους τους. Η οικογενειακή αστάθεια επηρεάζει τη συμμόρφωση ενός ασθενούς στη φαρμακευτική του αγωγή. Η οικογενειακή σταθερότητα και στον άλλο πόλο τα αισθήματα εχθρότητας που μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα των επιπτώσεων που ασκεί η νόσος στις σχέσεις του ασθενή με τους οικείους του, έχουν συσχετιστεί με διαφορετικά αποτελέσματα στην πορεία της νόσου.

Μέλη της οικογένειας που έχουν παράλληλα τον ρόλο και φροντιστή ασθενούς με χρόνια νόσο αποτελούν ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού παγκοσμίως. Ενδεικτικά, στις ΗΠΑ 52 εκατομμύρια άτυποι και οικογενειακοί φροντιστές παρέχουν φροντίδα σε κάποιο άτομο της οικογένειας τους που νοσεί. Για τους ηλικιωμένους φροντιστές συζύγων (ηλικίας 66-96) διαπίστωσε ότι οι φροντιστές που αντιμετωπίζουν άγχος που σχετίζεται με τη φροντίδα έχουν ένα ποσοστό θνησιμότητας κατά 63% υψηλότερο από τους μη φροντιστές της ίδιας ηλικίας. Το άγχος των οικογενειακών φροντιστών σχετίζεται αντιστρόφως με το εισόδημα: όσο χαμηλότερο εισόδημα έχει ο φροντιστής, τόσο περισσότερο άγχος είναι πιθανό να βιώνει. Μελέτες δείχνουν ότι περίπου το 1/3 των φροντιστών παρέχουν εντατική φροντίδα ενώ παράλληλα οι ίδιοι αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Σχετικά με το εκτιμώμενο οικονομικό κόστος της φροντίδας που παρέχουν οι οικείοι φροντιστές, στις ΗΠΑ εκτιμάται πως αν οι υπηρεσίες που παρέχονται από άτυπους φροντιστές (οικογένεια, φίλοι, γείτονες) έπρεπε να αντικατασταθούν από υπηρεσίες επί πληρωμή το κόστος θα ανερχόταν στα 57 δισεκατομμύρια δολάρια, ενώ το κόστος της «μειωμένης παραγωγικότητας» των φροντιστών, λόγω των επιπλέον ευθυνών που έχουν αναλάβει, εκτιμάται σε 11 έως 29 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. Ως αποτέλεσμα της φροντίδας που προσφέρουν, οι άτυποι φροντιστές χάνουν κατά μέσο όρο 25,494 δολάρια σε παροχές κοινωνικής ασφάλισης, κατά μέσο όρο 67,202 δολάρια σε συνταξιοδοτικές παροχές και κατά μέσο όρο σε 566,433 δολάρια από εργασιακές απολαβές. Αθροιστικά το αποτέλεσμα είναι μια απώλεια \$ 659.139 κατά την διάρκεια της ζωής τους.

Ειδικότερα, η νεφρική ανεπάρκεια και η αιμοκάθαρση αυξάνουν το αίσθημα ευθύνης των οικείων του ασθενή και οδηγούν σε φτωχότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Η φροντίδα

του ασθενούς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου οδηγεί συχνά τους φροντιστές σε παραμέληση της δικής τους υγείας, σε απώλεια κοινωνικής δραστηριότητας και κοινωνική απομόνωση, σε περιορισμούς στη ζωή τους καθώς και σε αλλαγές στη σχέση τους με τον ασθενή. Οι οικείοι/φροντιστές των ασθενών λόγω των αυξημένων απαιτήσεων που έχει η φροντίδα του ασθενούς και την επιρροή της στην καθημερινότητα, εκφράζουν συναισθήματα εχθρότητας (hostility) ή θυμού προς τον ασθενή και αντιστρόφως ο φροντιστής (πχ. σύζυγος) μπορεί να είναι το αντικείμενο αρνητικών συναισθημάτων των ασθενών. Οι οικείοι εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν αρνητικά αισθήματα απέναντι στους ασθενείς, εάν δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία στη διαδικασία της αιμοκάθαρσης και εφόσον εμπλέκονται σημαντικά στην φροντίδα τους. Ο τρόπος θεραπείας μπορεί επίσης να έχει αντίκτυπο στα μέλη της οικογένειας καθώς η διαδικασία της αιμοκάθαρσης μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την κοινωνική ζωή τους με τις συνεδρίες αιμοκάθαρσης να αποτελούν το επίκεντρο της καθημερινής ζωής της οικογένειας. Μελέτες επισημαίνουν πως οι σύζυγοι των ασθενών που αναμένουν μεταμόσχευση ήταν πιο αυτόνομοι και ικανοί να χειριστούν καλύτερα τις φυσικές, κοινωνικές πτυχές της νόσου από τους συζύγους ασθενών που υφίστανται αιμοκάθαρση. Λόγω της νόσου ορισμένοι ασθενείς γίνονται αδύναμοι και χάνουν τη λειτουργική ανεξαρτησία τους, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα να εξαρτώνται σε μεγαλύτερο βαθμό από τους οικείους τους. Η αίσθηση της ευθύνης του φροντιστή είναι μικρότερη εάν οι ασθενείς είναι ανεξάρτητοι σε καθημερινές δραστηριότητες, εμφανίζουν μικρότερη δυσφορία σχετικά με την αιμοκάθαρση και έχουν χαμηλότερη συνεννόηση. Σε μελέτες με ασθενείς που περιμένουν μεταμόσχευση, οι φροντιστές χωρίς αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές αισθάνονταν λιγότερο επιβαρυνμένοι από τις ευθύνες της φροντίδας του ασθενούς και είχαν ποιότητα ζωής συγκρίσιμη με τον γενικό πληθυσμό. Τα κοντινά άτομα που ζούσαν με έναν ασθενή με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου σε αιμοκάθαρση εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους. Οι περισσότερες μελέτες υποδεικνύουν μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ψυχικής υγείας των οικείων και του αισθήματος της ευθύνης τους ως φροντιστών, της ηλικίας τους και των κοινωνικών και οικονομικών μεταβολών που εμφανίστηκαν στην οικογένεια ως αποτέλεσμα της εμφάνισης της νόσου. Θετική συσχέτιση με την καλή ψυχική υγεία των οικείων των ασθενών φαίνεται να έχουν οι παρακάτω παράγοντες: η χαμηλή οικογενειακή πίεση, το είδος της αιμοκάθαρσης στην οποία υποβάλλεται ο ασθενής, η μειωμένη αίσθηση της ευθύνης του φροντιστή και η ύπαρξη καλού συστήματος κοινωνικής στήριξης. Συμπερασματικά, από την περιορισμένη διαθέσιμη βιβλιογραφία, φαίνεται πως η διατήρηση της καλής ψυχικής υγείας των οικείων των ασθενών, τους επιτρέπει να συνεχίσουν να φροντίζουν αποτελεσματικά τους ασθενείς, γεγονός που με τη σειρά τους μπορεί να ωφελήσει την ψυχική υγεία των ίδιων των ασθενών.

Όσο η ιατρική γνώση και τεχνολογία εξελίσσονται και βελτιώνονται οι τεχνικές εξωνεφρικής κάθαρσης και μεταμόσχευσης, τόσο μεγαλύτερη πρόκληση αποτελεί η επιτυχής ψυχιατρική παρέμβαση, τόσο στο επίπεδο της πρόληψης όσο και στο επίπεδο της αντιμετώπισης των σοβαρών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που προκύπτουν. Σαφές είναι το ότι η ατομική προσέγγιση για την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση, είτε ψυχολογική είτε φαρμακευτική, αποτελεί την κυριότερη από τις υπηρεσίες που παρέχεται από το σύμβουλο ψυχίατρο σε συνδυασμό με την οργάνωση ομάδων υποστήριξης οικογενειών των ασθενών.

Υπό το φως των προαναφερθέντων ευρημάτων σχετικά με τις ψυχικές πιέσεις που υφίστανται όσοι εμπλέκονται στη φροντίδα και υποβοήθηση των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και εντελώς ανάλογα με όσα προτείνουμε στο τέλος των δύο προηγούμενων παραγράφων (ήτοι της παραγράφου «Μεταμόσχευση και δότες» και της παραγράφου με τίτλο «Μεταμοσχευθέντες ασθενείς») για τους ασθενείς, κρίνεται αναγκαία μια έρευνα εντοπισμού και καταγραφής των όποιων 'μεταλλάξεων' μπορεί να τύχει η ηθική κρίση και η λήψη αποφάσεων (decision making) των φροντιστών/οικείων των ασθενών. Τέτοιες 'μεταλλάξεις' συνιστούν πιθανά συμπτώματα ψυχικής πίεσης και ενδεχομένως νόσησης προκαλούμενης στους οικείους/φροντιστές από το βάρος της ευθύνης και της κόπωσης που συνεπάγεται η από μέρους τους εμπλοκή και υποστήριξη στη θεραπεία των νεφροπαθών. Είναι, λοιπόν, ενδείξεις που δύναται να προειδοποιήσουν για τη εκδήλωση των προαναφερθέντων αισθημάτων εχθρότητας και θυμού έναντι των ασθενών από μέρους των φροντιστών/οικείων τους ή και ενδείξεις εμφάνισης κάποιας ψυχικής νόσου στους τελευταίους αυτούς. Είναι, λοιπόν, ενδείξεις του αν και κατά πόσο κάποια άτομα μπορούν να παραμείνουν ως φροντιστές του εκάστοτε νεφροπαθή αλλά και ενδείξεις περί της αναγκαιότητας ψυχολογικής υποστήριξης και ενδεχομένως ψυχικής θεραπείας των ατόμων αυτών.

**Τι περιλαμβάνει η Δράση 6:**

Συνοψίζοντας και βάσει όλων όσων αναφέρθηκαν πιο πάνω, η προτεινόμενη Δράση 6 («Ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), μεταμοσχευθέντες, οικείοι και φροντιστές και οι Δότες Νεφρών») θα επιμερίζεται στα ακόλουθα:

- 1) Σε προσεκτικά επιλεγμένο πληθυσμό μεταμοσχευθέντων ασθενών χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας:
  - 1.1 Πειραματική έρευνα προς εντοπισμό και καταγραφή στοιχείων αλεξιθυμίας και δυσκολίας ενδοσκοπικής κατανόησης και ρύθμισης αρνητικών συναισθημάτων.
  - 1.2 Πειραματική έρευνα προς εντοπισμό και καταγραφή πιθανών 'μεταλλάξεων' της ηθικής κρίσης και της λήψης αποφάσεων. Προσδιορισμός του βαθμού και του τρόπου 'μετάλλαξης' καθώς και των διάφορων ενδογενών (π.χ. στοιχεία προσωπικότητας) και εξωγενών (π.χ. λήψη φαρμάκων, εκτεταμένη έκθεση σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα που διεγείρουν συγκεκριμένα συναισθήματα κλπ) παραγόντων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν (σε τομή με τη Δράση 7).
  - 1.3 Πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης το οποίο θα ενημερώνεται διαρκώς από τα ευρήματα των ερευνών 1.1 και 1.2
- 2) Σε προσεκτικά επιλεγμένο πληθυσμό μη μεταμοσχευθέντων ασθενών χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας:
  - 2.1 Πειραματική έρευνα προς εντοπισμό και καταγραφή πιθανών 'μεταλλάξεων' της ηθικής κρίσης και της λήψης αποφάσεων. Προσδιορισμός του βαθμού και του τρόπου 'μετάλλαξης' καθώς και των διάφορων ενδογενών (π.χ. στοιχεία προσωπικότητας) και εξωγενών (π.χ. λήψη φαρμάκων, εκτεταμένη έκθεση σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα που διεγείρουν συγκεκριμένα συναισθήματα κλπ) παραγόντων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν (σε τομή με τη Δράση 7).
  - 2.2 Πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης το οποίο θα ενημερώνεται διαρκώς από τα ευρήματα της έρευνας 2.1
- 3) Σε προσεκτικά επιλεγμένο πληθυσμό οικείων/φροντιστών:
  - 3.1 Πειραματική έρευνα προς εντοπισμό και καταγραφή πιθανών 'μεταλλάξεων' της ηθικής κρίσης και της λήψης αποφάσεων. Προσδιορισμός του βαθμού και του τρόπου 'μετάλλαξης' καθώς και των διάφορων ενδογενών (π.χ. στοιχεία προσωπικότητας) και εξωγενών (π.χ. λήψη φαρμάκων, εκτεταμένη έκθεση σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα που διεγείρουν συγκεκριμένα συναισθήματα κλπ) παραγόντων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν (σε τομή με τη Δράση 7).
  - 3.2 Πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης το οποίο θα ενημερώνεται διαρκώς από τα ευρήματα της έρευνας 3.1

Η εν λόγω Δράση θα αποτελέσει προϊόν συνεργασίας της **Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου νοσοκομείου** και της **Νεφρολογικής Κλινικής του Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών**.

**ΔΡΑΣΗ 7: Εντοπισμός και στάθμιση των πιθανών επιπτώσεων της εκάστοτε ασθένειας στο ηθικό κρίνουν και τη λήψη αποφάσεων από μέρους των ασθενών, των οικείων και των φροντιστών.**

Όσα αναφέρονται στη προηγούμενη δράση περί των επιδράσεων της ΧΝΑ στην ηθική σκέψη και τη λήψη αποφάσεων από μέρους των ασθενών καθώς και των οικείων/φροντιστών τους μπορούν κάλλιστα να γενικευθούν σε κάθε άλλη ομάδα ψυχικώς και σωματικώς νοσούντων. Ορμώμενοι εκ των στοιχείων που παρατίθενται στην εν λόγω δράση, κρίνουμε πως η επεξεργασία του τρόπου και του βαθμού που μια ψυχική νόσος επηρεάζει τη συμμόρφωση των ασθενών στην όποια θεραπευτική αγωγή θα πρέπει να λάβει χώρα σε ένα ευρύτερο πλαίσιο που εκτός από τη περίπτωση των ασθενών ΧΝΑ θα περιλαμβάνει και την εξέταση πληθυσμών που δοκιμάζονται από άλλες ψυχικές και σωματικές ασθένειες. Βάσει των πρακτικών δυνατοτήτων μας και των υφιστάμενων προσβάσεων μας σε διάφορους πληθυσμούς μέσω της καθημερινής κλινικής πράξης, δυνάμεθα σε μια πρώτη φάση να προτείνουμε τη επεξεργασία του τρόπου με τον οποίο επιδρά μια νόσος στην ηθική σκέψη και τη λήψη αποφάσεων στους ακόλουθους πληθυσμούς:

1. Ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής (ανορεκτικοί ασθενείς) και οικείοι/φροντιστές τους
2. Ασθενείς με νευροαναπτυξιακές διαταραχές και οικείοι/φροντιστές τους

3. Ασθενείς με σεξουαλικές διαταραχές και δυσφορία φύλου και οικείοι / φροντιστές τους
4. Ασθενείς με Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) και συναφείς διαταραχές (Δυσμορφοβική Διαταραχή, Διαταραχή Παρασυσώρευσης) και οικείοι/φροντιστές τους
5. Ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), μεταμοσχευθέντες, οικείοι και φροντιστές και Δότες Νεφρών (Η ανάλυση του ηθικού κρίνειν και της διαδικασίας λήψης αποφάσεων στον πληθυσμό αυτό προβλέπεται ήδη εντός της Δράσης 6 ) .
6. Πυρόπληκτοι νομού Αττικής (και εξειδικευμένο προσωπικό που ενεπλάκη στην αντιμετώπιση των εν λόγω πυρκαγιών) πάσχοντες από μετα-τραυματικό άγχος.

Ουσιαστικά, η παρούσα Δράση θα εμπλέξει πληθυσμούς άλλων Δράσεων δρώντας συμπληρωματικά σε αυτές (Χαρακτηριστικό παράδειγμα της Δράσης 6 που υλοποιούνται ουσιαστικά σε τομή με την παρούσα γενικότερη δράση για τη ανάλυση των επιδράσεων των ψυχικών νοσημάτων στην ηθική σκέψη και τη λήψη αποφάσεων). Είναι, δηλαδή, μια Δράση ‘οικουμενικού χαρακτήρα’ εντός του όλου προγράμματός μας, δεδομένου ότι παρουσιάζει τομές με αρκετές από τις υπόλοιπες δράσεις. Σχετικώς, δε θα μοιραστεί απλώς τους ίδιους πληθυσμούς με αυτές αλλά επιπλέον θα τις τροφοδοτήσει με κρίσιμες πληροφορίες σχετικά με πτυχές της τρέχουσας νοητικής κατάστασης των ασθενών και των οικείων/φροντιστών τους (συγκεκριμένα τις πτυχές της ηθικής κρίσης και της λήψης αποφάσεων) που δύναται να επηρεάσουν έκβαση της όποιας θεραπείας. Άλλωστε η παρούσα Δράση είναι καθαρά ερευνητικής φύσεως και ως τέτοια θα μπορούσε να φανεί χρήσιμη στις υπόλοιπες παρεμβατικής φύσεως Δράσεις τροφοδοτώντας τις με πληροφορίες και πιθανώς με κατευθυντήριες γραμμές. Φιλοδοξούμε, λοιπόν, να έχουμε ένα διαρκή ‘διάλογο’ μεταξύ της ‘οικουμενικής’ Δράσης 7 και των 6 άνωθεν αναφερόμενων ‘ειδικών’ παρεμβατικών Δράσεων (καθώς και της Δράσης 9) προς βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων των τελευταίων αυτών.

Η ομάδα υλοποίησης της εν λόγω δράσης θα απαρτίζεται Α) από εξειδικευμένο προσωπικό ψυχιάτρων, ψυχολόγων και γνωσιακών επιστημόνων (δύο μετα-διδάκτορες και τρεις υποψήφιοι διδάκτορες) του Αιγινήτειου νοσοκομείου και συγκεκριμένα του εργαστηρίου Ψυχο-φυσιολογίας που τελεί υπό τη διεύθυνση του καθηγητή κου. Χαράλαμπου Παπαγεωργίου καθώς και στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.ΠΙ.Ψ.Υ.). που θα επιφορτιστεί με το σχεδιασμό και την εκτέλεση των πειραμάτων καθώς και με την ανάλυση-ερμηνεία των πειραματικών ευρημάτων και Β) από ερευνητικό προσωπικό μηχανολόγων μηχανικών και μηχανικών υπολογιστών και τηλεπικοινωνιών (δύο μετα-διδάκτορες και τρεις υποψήφιοι διδάκτορες) από το Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, το Πολυτεχνείο Πάτρας και το Τμήμα Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών της Τρίπολης, οι οποίοι α) θα επιφορτιστούν με την επεξεργασία και στατιστική ανάλυση των βιοσημάτων και β) θα υποστηρίξουν τους ερευνητές του Εργαστηρίου Ψυχο-φυσιολογίας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου στην ανάπτυξη των νέων – και στη βελτίωση των ήδη υπάρχοντων – υπολογιστικών διαγνωστικών ‘εργαλείων’ που θα χρησιμοποιηθούν στα πειράματα.

Στους συμμετέχοντες σε αυτή τη Δράση πληθυσμούς θα χορηγηθούν:

- 1) Ειδικές ψυχο-μετρικές δοκιμασίες προς καταγραφή του τρόπου με τον οποίο η εκάστοτε ψυχική νόσος επηρεάζει τη ηθική κρίση και τη λήψη αποφάσεων. Κάποιες εξ αυτών των δοκιμασιών είναι ευρέως χρησιμοποιούμενες και συνεπώς σταθμισμένες από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα, ενώ άλλες αποτελούν πρωτότυπα διαγνωστικά ‘εργαλεία’ ανεπτυγμένα και σταθμισμένα στο Εργαστήριο Ψυχο-φυσιολογίας της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.
- 2) Ειδικές δοκιμασίες προς καταγραφή του τρόπου με τον οποίο η εκάστοτε ψυχική όσος επηρεάζει ανώτερες αλλά και κατώτερες λειτουργίες του σκέπτεσθαι καθώς και την αντιληπτική ενημερότητα των οπτικών και ακουστικών οδών. Ομοίως με παραπάνω, κάποιες εξ αυτών των δοκιμασιών είναι ευρέως χρησιμοποιούμενες και σταθμισμένες από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα ενώ άλλες είναι πρωτότυπα διαγνωστικά ‘εργαλεία’ ανεπτυγμένα και σταθμισμένα στο Εργαστήριο Ψυχο-φυσιολογίας της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.
- 3) Ειδικά αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια προς σκιαγράφιση του ψυχολογικού προφίλ του εκάστοτε εξεταζόμενου. Τα εν λόγω ερωτηματολόγια είναι ευρέως χρησιμοποιούμενα και συνεπώς σταθμισμένα από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα.

Ταυτόχρονα με τη χορήγηση των άνωθεν ψυχομετρικών δοκιμασιών-ερεθισμάτων, θα λαμβάνονται από τους εξεταζόμενους τα ακόλουθα βιολογικά σήματα:

- 1) Βιο-μετρικά δεδομένα (biofeedback) του αυτόνομου νευρικού συστήματος προς καταγραφή σε πραγματικό χρόνο (real time) της συναισθηματικής κατάστασης των εξεταζόμενων στη διάρκεια χορήγησης της όποιας ψυχο-μετρικής δοκιμασίας. Τα εν λόγω βιο-μετρικά δεδομένα θα είναι:
  - a. μεταβλητότητα καρδιακών παλμών
  - b. ηλεκτρο-δερμική αγωγιμότητα
  - c. εφίδρωση δέρματος
  - d. κινητικότητα των μελών (συγκεκριμένα τω χεριών).

Η λήψη αυτών των δεδομένων θα γίνει μέσω μιας ανώδυνης μη παρεμβατικής μεθόδου και συγκεκριμένα μέσω ειδικών αισθητήρων προσαρμοσμένων σε ένα 'βραχιολάκι' το οποίο θα φορά στο 'καλό' του χέρι ο εξεταζόμενος κατά τη διάρκεια έκθεσής του στη όποια ψυχομετρική δοκιμασία. Σημειώνουμε ότι η καταγραφή τέτοιων βιομετρικών δεδομένων έχει μια μακρά ερευνητική ιστορία, συνεπώς η όποια μοντελοποίηση θα βασιστεί σε πρότυπα εδραιωμένα διεθνώς μέσα από πλήθος έγκυρων επιστημονικών ερευνών.

- 2) Οπτική καταγραφή των μимικών μυών του προσώπου, ομοίως προς καταγραφή σε πραγματικό χρόνο (real time) της συναισθηματικής κατάστασης των εξεταζόμενων κατά τη διάρκεια της έκθεσής τους στην όποια ψυχο-μετρική δοκιμασία. Η εν λόγω καταγραφή γίνεται με ανώδυνη, μη παρεμβατική μέθοδο και συγκεκριμένα μέσω κάμερας συνδεδεμένης σε ηλεκτρονικό υπολογιστή στο οποίο 'τρέχει' ειδικό λογισμικό μοντελοποίησης. Ομοίως με την περίπτωση των άνωθεν αναφερόμενων βιομετρικών δεδομένων, η μοντελοποίηση των εδώ δεδομένων θα βασιστεί στη μέχρι σήμερα διεθνή βιβλιογραφία και έρευνα.
- 3) Καταγραφή της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου και συγκεκριμένα των εγκεφαλικών κυμάτων (brainwaves) και των προκλητών δυναμικών (ERP) μέσω ηλεκτρο-εγκεφαλογράφου. Σημειώνουμε πως και εδώ η μέθοδος καταγραφής είναι ανώδυνη και επιτελείται μέσω ειδικών αισθητήρων-ηλεκτροδίων που τοποθετούνται επιφανειακά στο τριχωτό της κεφαλής. Τα δεδομένα που θα ληφθούν θα αντιπαραβληθούν/συνδυαστούν με ανάλογα δεδομένα διεθνών επιστημονικών ερευνών.

Σημειώνουμε πως όλα τα δεδομένα/πληροφορίες που θα ληφθούν από τις πιο πάνω αναφερόμενες δοκιμασίες/ερωτηματολόγια/αισθητήρες θα υπόκεινται στους αυστηρούς κανονισμούς Βιοηθικής και Δεοντολογίας περί ιατρικού απορρήτου και στις πρόσφατες διατάξεις περί προστασίας προσωπικών δεδομένων. Θα ληφθούν μόνο κατόπιν έγγραφης συναίνεσης των εξεταζόμενων και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

#### Στόχος της Δράσης 7 είναι:

- 1) Η καταγραφή του τρόπου και του βαθμού με το οποίο μια νόσος μπορεί να επηρεάσει την ηθική σκέψη και τη λήψη αποφάσεων από μέρους των ασθενών και των οικείων φροντιστών τους. Η γνώση αυτή κρίνεται ως πολύτιμη δεδομένου ότι: α) εγείρει μια σειρά σημαντικών βιοηθικών ζητημάτων σχετικά με το βαθμό ηθικής και γενικότερα νοητικής αυτονομίας των ασθενών β) καταγράφει και ποσοτικοποιεί τις επιπτώσεις μιας ψυχικής/σωματικής ασθένειας στην ίδια τη προσπάθεια θεραπείας της. Μέχρι σήμερα το βέρος της ερευνητικής κοινότητας έπεφτε στον τρόπο με το οποίο μια θεραπευτική αγωγή επιδρά πάνω στην όποια ασθένεια. Εντούτοις, μια σειρά ερευνών (επιγραμματική αναφορά σε κάποιες εξ αυτών γίνεται στη παρουσίαση της Δράσης 7 σε σχέση με τη ΧΝΑ) κατέδειξε ουσιαστικά και την αντίστροφη σχέση: Η ασθένεια δύναται να επιδράσει (αρνητικά) στην όποια διαδικασία θεραπείας της. Εδραιώνεται έτσι βιβλιογραφικά μια αμφίδρομη σχέση ασθένειας-θεραπείας και τελικά ένας κλειστός μεταξύ τους βρόγχος που κινδυνεύει να καταστεί φαύλος κύκλος με μοιραίες συνέπειες για τη ζωή του ασθενούς. Υπό αυτή τη έννοια, ως στόχος της παρούσας προτεινόμενης Δράσης μπορεί να καταγραφεί το 'σπάσιμο' αυτού του βρόγχου με παρεμβολή/διαμεσολάβηση μιας διαδικασίας παρατήρησης, καταγραφής

και τελικά διάγνωσης και πρόγνωσης του τρόπου με τον οποίο η νόσος επιδρά στη θεραπεία δια της οδού της ηθικής κρίσης και της λήψης αποφάσεων.

- 2) Η διάγνωση δε μπορεί να είναι χρήσιμη παρά μόνο αν ενημερώνει την εκάστοτε θεραπεία, επομένως στόχος της παρούσας Δράσης είναι και η στοχευμένη χρήση των ευρημάτων της προς ενημέρωση του όποιου ακολουθούμενου προγράμματος θεραπείας/υποστήριξης ενός ασθενούς προς περαιτέρω 'καλιμπράρισμα' της τελευταίας αυτής και τελικά προς βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων της. Προς τούτο και όπως έχει ήδη αναφερθεί πιο πάνω, η παρούσα προτεινόμενη Δράση, όντας ερευνητικού και μόνο χαρακτήρα, θα δρα επικουρικά στις περισσότερες εκ των υπολοίπων παρεμβατικών Δράσεων του προγράμματος, παρέχοντάς τους κρίσιμες πληροφορίες περί της τρέχουσας νοητικής κατάστασης (σε επίπεδο ηθικής κρίσης και ικανότητας λήψης αποφάσεων) των υποστηριζόμενων από τις Δράσεις αυτές ασθενών καθώς και των οικείων/φροντιστών τους.

Πριν προχωρήσουμε σε αναλυτική περιγραφή των παραδοτέων της παρούσας Δράσης θα θέλαμε να τονίσουμε την **υψηλό επίπεδο καινοτομίας** που τη διακρίνει δεδομένου ότι:

- 1) Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, σημαντικός αριθμός εκ των ψυχο-μετρικών δοκιμασιών που θα χρησιμοποιηθούν είναι πρωτότυπα διαγνωστικά 'εργαλεία' που έχουν αναπτυχθεί-και συνεχίζουν να αναπτύσσονται μέσω αλληπάλληλων νέων βελτιωμένων εκδόσεων-στο Εργαστήριο Ψυχο-φυσιολογίας της Α' Ψυχιατρικής κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.
- 2) Σπανίως η ήδη υπάρχουσα διεθνής βιβλιογραφία πειραματικών ερευνών σχετικά με το ηθικό κρίνειν και τη λήψη αποφάσεων αναφέρεται σε πειράματα που συνδυάζουν συμπεριφορικά δεδομένα (όπως αυτά που λαμβάνουμε από τις διάφορες ψυχο-μετρικές δοκιμασίες) με βιοσήματα, ενώ από όσο γνωρίζουμε δεν έχει μέχρι στιγμής εκπονηθεί καμία πειραματική έρευνα περί του ηθικού κρίνειν και της λήψης αποφάσεων που να συνδυάζει πληροφορίες από τόσες διαφορετικές πηγές και συγκεκριμένα που να συνδυάζει ταυτόχρονα ψυχομετρικές δοκιμασίες διαφόρων ειδών με βιοσήματα, οπτικά σήματα των μμικών μυών του προσώπου, καταγραφή της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εκγεφάλου και αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια ψυχολογικού προφίλ. Ήδη, δίχως τις υπόλοιπες πληροφορίες το πλήθος των ψυχομετρικών δοκιμασιών που θα χρησιμοποιηθεί συνδυαστικά είναι καινοφανές για έρευνες αυτού του είδους, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα νοητικών λειτουργιών από το βασικό-αντιληπτικό μέχρι το ανώτερο και πλέον αφηρημένο επίπεδο, συνεπώς εξασφαλίζοντας μια πρωτοφανώς σφαιρική θέαση του όλου ζητήματος.
- 3) Αν και όπως αναφέρεται στη Δράση 6 για τη ΧΝΑ και συγκεκριμένα στην παράγραφο «Μεταμοσχευθέντες Ασθενείς», η διεθνής έρευνα του ηθικού κρίνειν έχει εξετάσει πειραματικά ορισμένους πληθυσμούς ψυχιατρικού και νευρο-λογικού ενδιαφέροντος, μέχρι σήμερα δεν έχει εκπονηθεί κανένα ερευνητικό πρόγραμμα που να περιλαμβάνει ταυτόχρονα ένα τόσο μεγάλο εύρος ψυχικών παθήσεων ενώ αναφορικά προς αρκετές από τις ψυχικές παθήσεις που θα εξετάσουμε δεν έχουν υπάρξει ούτε καν μεμονωμένα, εξειδικευμένα σε αυτές πειράματα.
- 4) Όπως αναφέρεται ήδη στη Δράση 6, η συμμετοχή ασθενών με ΧΝΑ, συγγενών/φροντιστών και δοτών νεφρών σε πειράματα για το ηθικού κρίνειν και της λήψης αποφάσεων είναι επίσης καινοφανής στη διεθνή έρευνα, όπως καινοφανής είναι εν γένει η πρωτοβουλία πειραματικής εξέτασης του τρόπου με τον οποίο επιδρά στην ηθική σκέψη και τη λήψη αποφάσεων η ψυχική συν-νόηση.

#### **ΔΡΑΣΗ 8: Ψυχο-εκπαίδευση ιατρών, ασθενών και οικείων φροντιστών**

Από την ψυχολογική υποστήριξη και ψυχική θεραπεία δε μπορεί να λείπει η ενημέρωση η εκπαίδευση των ίδιων των θεραπευόμενων περί των ψυχικών ζητημάτων που αντιμετωπίζουν αλλά και των θεραπειών τους. Όπως αναφέρθηκε και σε σχέση με τους ασθενείς της ΧΝΑ, ακόμα και στην περίπτωση μιας 'σωματικής' ασθένειας δύναται να έχουμε την παράλληλη εμφάνιση μιας ψυχικής νόσου ως παρελκόμενο αυτής της πρωταρχικής 'σωματικής'. Είναι δυνατό, δηλαδή, να έχουμε μια ψυχική συν-

νόσηση. Η επίτευξη μιας καλύτερης κατανόησης και διαχείρισης της κατάστασης αυτής από τους θεράποντες ιατρούς αλλά και από τους ίδιους τους ασθενείς καθώς και από τους οικείους/φροντιστές τους θα δράσει με τη σειρά της καταλυτικά προς βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων της πρωταρχικής θεραπείας (ήτοι της θεραπείας της πρωταρχικής 'σωματικής' ασθένειας). Υπό άλλη διατύπωση, η ενημέρωση περί των ψυχικών νοσημάτων και των μεθόδων αντιμετώπισής τους κρίνεται απαραίτητη για τη βέλτιστη αντιμετώπιση όχι μόνο των ψυχικών νοσημάτων ως πρωταρχικών ασθενειών αλλά και πλήθους 'σωματικών' νόσων η θεραπεία των οποίων περνά αναγκαστικά μέσα και από την αντιμετώπιση των συνήθως σοβαρών ψυχολογικών προβλημάτων που αυτές επιφέρουν.

### **Η χρόνια και σοβαρή νόσος και οι επιπτώσεις της**

Στις σύγχρονες κοινωνίες, τα **σοβαρά και χρόνια προβλήματα υγείας**, αποτελώντας συχνά αιτία λειτουργικής ανικανότητας και αναπηρίας για τους πάσχοντες συνιστούν ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας. Πολλές διεθνείς επιστημονικές ενώσεις επιχείρησαν κατά καιρούς να ορίσουν τη "χρόνια νόσο", ωστόσο εξαιτίας της σύνθετης φύσης της, η εξεύρεση ενός ορισμού που θα κάλυπτε όλες τις περιπτώσεις και καταστάσεις αποδείχτηκε δύσκολη. Σύμφωνα με την «Εθνική Επιτροπή Χρόνιων Νοσημάτων» των ΗΠΑ, στη χρόνια νόσο περιλαμβάνεται οποιαδήποτε επιδείνωση ή απόκλιση από τη φυσιολογική κατάσταση η οποία διαρκεί τουλάχιστον τρεις μήνες και έχει ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- η νόσος είναι μόνιμη
- αφήνει υπολείμματα ανικανότητας
- προκαλείται από μη αναστρέψιμες παθολογικές μεταβολές και μπορεί να απαιτεί μακροχρόνια επίβλεψη, παρακολούθηση ή φροντίδα (Minaire, 1992; CDC, 2013).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Οικογενειακών Ιατρών (WONCA) στις χρόνιες νόσους κατηγοριοποιούνται ασθένειες με αναμενόμενη μεγάλη διάρκεια, οι οποίες είναι μη ιάσιμες. Σε αυτές περιλαμβάνονται τόσο μεταδοτικές ασθένειες, όπως το AIDS, όσο και μη μεταδοτικές σωματικές ασθένειες, όπως ο διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο καρκίνος, οι σοβαρές νευρολογικές νόσοι, η χρόνια νεφρική νόσος και άλλες νεφρικές παθήσεις που χρήζουν μεταμόσχευσης, αλλά και ψυχικές διαταραχές όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η κατάθλιψη και οι ψυχωσικές διαταραχές (Bentzen, 2003).

Οι σοβαρές και χρόνιες ασθένειες ευθύνονται για το 87% των θανάτων στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011) ενώ σχεδόν 25% των ανθρώπων με χρόνιες ασθένειες πάσχουν ταυτόχρονα από περισσότερες της μίας (Ward & Black, 2016).

Κάθε χρόνια ασθένεια έχει τις ιδιαιτερότητές της και επηρεάζει με μοναδικό τρόπο κάθε **άτομο** και **οικογένεια** (WHO, 2005a). Οι συνέπειες και οι αντιδράσεις ποικίλλουν και εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων, οι σημαντικότεροι των οποίων μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες:

α) τους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την αρρώστια (π.χ. τη φύση, τη σοβαρότητα, την πιθανότερη πορεία της, το είδος της θεραπείας, τις κοινωνικές προκαταλήψεις που ενδεχόμενα τη συνοδεύουν),

β) τους παράγοντες που συνδέονται με τη χρονική στιγμή που εμφανίζεται η αρρώστια στην εξέλιξη της ζωής του ατόμου (π.χ. βρεφική ή νηπιακή ηλικία, σχολική ηλικία, εφηβεία, νεότητα, μέση ηλικία, τρίτη ηλικία) και

γ) τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (π.χ. φύλο, ηλικία, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, προσωπικότητα, υποστηρικτικό δίκτυο, οικογένεια κ.λπ.) (Yach et al., 2004).

Έτσι, μόνο εάν οι βασικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας, της ευημερίας και της κοινωνικής προστασίας ενισχύονται μέσω μιας συνεχούς προαγωγής της υγείας και ενδυνάμωσης, δεν θα παρατηρηθεί αύξηση της συχνότητας των χρόνιων νόσων (Walker, 2001).

Τα άτομα με χρόνιες παθήσεις, **σωματικές ή ψυχικές**, ενώ μπορεί να έχουν μεμονωμένες κλινικές ανάγκες, μοιράζονται, ωστόσο, ένα κοινό σύνολο προβλημάτων. Είναι ευνόητο πως η ποιότητα διαχείρισης μιας ασθένειας, της οποίας η πορεία εκτείνεται στη διάρκεια της ανθρώπινης ζωής, θα επηρεάσει σημαντικά τόσο την ίδια την έκβαση της ασθένειας όσο και τη συνολική ποιότητα ζωής του ασθενή αλλά και της οικογένειας. Οι ασθενείς συχνά βασίζονται στην οικογένεια και για οικονομική και συναισθηματική υποστήριξη αλλά και για προσωπική βοήθεια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες συνήθως

μέσα στο πολυδαίδαλο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (RWJF, 2010; WHO, 2005b; Ogilvie et al. 2005; Οικονόμου & Χαρίτση 2016).

Τόσο οι ασθενείς όσο και οι συγγενείς τους έχουν ανάγκη από **ενημέρωση** για τη νόσο και τις θεραπευτικές δυνατότητες, **υποστήριξη** για την ανακούφιση από την επιβάρυνση και **εκπαίδευση** για την απόκτηση δεξιοτήτων αντιμετώπισης του stress και των γενικότερων συνεπειών της νόσου αλλά και της χρονιότητας. Η ανάγκη αυτή αποτέλεσε και τον κεντρικό άξονα πάνω στον οποίο αναπτύχθηκαν ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που πλαισιώνουν τη βασική ιατροφαρμακευτική αντιμετώπιση της χρόνιας νόσου (Washington et al., 2011; Adelman et al., 2014).

Η ανάγκη αυτή αποτέλεσε και τον κεντρικό άξονα πάνω στο οποίο αναπτύχθηκαν ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που πλαισιώνουν τη βασική ιατροφαρμακευτική αντιμετώπιση της χρόνιας νόσου. Μεταξύ των παρεμβάσεων αυτών, που παρέχονται -τυπικά ή άτυπα- στο πλαίσιο της σύγχρονης ιατρικής βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης, κεντρική θέση κατέχει η **Ψυχοεκ-παίδευση**, της οποίας η αποτελεσματικότητα αποδεικνύεται σε πληθώρα μελετών ως η πλέον κατάλληλη, συμπληρωματική στη φαρμακευτική θεραπεία, ψυχοθεραπευτική παρέμβαση **τόσο για τις χρόνιες σωματικές νόσους** (Viana et al., 2016, Matsuda et al., 2014; Parahoo et al., 2015; Egan et al., 2013; Xiao et al., 2016; Bove et al., 2017), **όσο, και κυρίως, για τις ψυχικές** (Vaughn & Leff, 1976; Anderson et al., 1980; Falloon et al., 1984; Miklowitz et al., 1988; Leff, 1994; Butzlaff & Hooley, 1998; NICE, 2016; Magliano & Fiorillo, 2007).

Παρόλα αυτά, με εξαίρεση κάποιες μείζονες σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές, στη χώρα μας, φαίνεται να υπάρχει ένα σημαντικό κενό ως προς την ένταξη των ψυχο-εκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε ένα πλάνο βιοψυχοκοινωνικής φροντίδας της χρόνιας νόσου. Παρά την ευρύτατη κατοχύρωση της αξίας των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων διεθνώς, στην Ελλάδα τέτοιες παρεμβάσεις παρέχονται μεμονωμένα και πολύ απέχουν από το να αποτελέσουν μέρος της συνήθους φροντίδας των ασθενών, με χρόνιες σωματικές και ψυχικές νόσους.

Το γεγονός αυτό συνιστά ένα σημαντικό έλλειμμα φροντίδας το οποίο αντανακλάται όχι μόνο στην πορεία της υγείας και στην ποιότητα ζωής των ίδιων των χρονίως πασχόντων, αλλά αποτυπώνεται και στον βαθμό στον οποίο η χρόνια νόσος οδηγεί σε αναπηρία, ανικανότητα προς εργασία και αποδυνάμωση του παραγωγικού δυναμικού μιας κοινωνίας.

### **Ψυχο-επαίδευση**

Ως **Ψυχο-εκπαίδευση** ορίζεται «μια μη-φαρμακολογική θεραπεία, η οποία παρέχει με διδακτικό τρόπο συστηματική και δομημένη ενημέρωση σχετικά με την ασθένεια και την θεραπεία της και ενσωματώνει συναισθηματικές διαστάσεις με στόχο να διευκολυνθούν οι συμμετέχοντες ασθενείς ή/και οι οικογένειές τους να αντιμετωπίσουν καλύτερα την ασθένεια» (Rummel-Kluge & Kissling, 2008). Η ψυχοκοινωνική αυτή μέθοδος αποτελεί τον πιο δομημένο, αποτελεσματικό και περιεκτικό τρόπο υποστήριξης του ασθενή και της οικογένειας για την ενδυνάμωσή τους στην αντιμετώπιση της χρόνιας νόσου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, με απώτερο στόχο την καλύτερη έκβαση της ασθένειας και της μείωσης των ψυχοκοινωνικών συνεπειών της.

Η ψυχοεκ-παιδευτική προσέγγιση δεν αφορά απλά στη παροχή πληροφόρησης, αλλά συνδυάζει πολλαπλά ψυχοθεραπευτικά στοιχεία και τεχνικές. Παράλληλα με την ενημέρωση για την ασθένεια, τις αιτίες, τις εκδηλώσεις της και τη φαρμακευτική θεραπεία της, παρέχεται εκπαίδευση για τη διαχείριση των επιπτώσεων της στην καθημερινότητα του ασθενή και την πρόληψη επιδείνωσής της (Οικονόμου και συν., 2013). Σε αυτό το πλαίσιο, στις ψυχο-εκπαιδευτικές παρεμβάσεις εντάσσεται η ενίσχυση των γενικών “στρατηγικών” αντιμετώπισης, όπως δεξιότητες επικοινωνίας, επίλυσης προβλήματος - επίτευξης στόχου και η ενθάρρυνση στη καλλιέργεια θετικής διεκδικητικής συμπεριφοράς και θετικής ψυχολογίας (NICE, 2016).

Η **Θετική Ψυχολογία** ως κλάδος της Ψυχολογίας υπερβαίνει τη νοσολογική προσέγγιση και επικεντρώνεται στις θετικές διαστάσεις της ανθρώπινης ύπαρξης, δηλαδή, τις δυνατότητες, το νόημα ζωής, την ποιότητα ζωής, την ψυχική ανθεκτικότητα, την ευημερία, την αισιοδοξία, τα θετικά συναισθήματα και την ισορροπία προσωπικής - επαγγελματικής ζωής (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Σταλίκας & Μυτακίδου, 2011). Οι παρεμβάσεις Θετικής Ψυχολογίας (Positive Psychology Interventions)



έχουν ως στόχο την προαγωγή θετικών συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών (Brownell et al., 2015) και συνεισφέρουν θετικά στη διαχείριση της χρόνιας νόσου.

### **Ψυχοεκπαίδευση σε Ιατρούς και Ιατρικό Προσωπικό**

Οι στρατηγικές που έχει καταγραφεί ότι χρησιμοποιούνται από το ιατρικό προσωπικό ώστε να αυξηθεί η πιθανότητα ο ασθενής να ακολουθήσει τις παρεχόμενες συμβουλές καλύπτουν μια ευρεία γκάμα, που περιλαμβάνει από την εκπαίδευση και τις στρατηγικές κινητοποίησης μέχρι και τον εξαναγκασμό (Tomlinson, 1986). Ο εξαναγκασμός είναι η έσχατη μορφή επηρεασμού του ασθενούς και ως εκ τούτου θα πρέπει να χρησιμοποιείται σπάνια από τον ειδικό. Από την άλλη πλευρά, η χρήση των στρατηγικών κινητοποίησης με σκοπό την επίτευξη λειτουργικής συμπεριφοράς σε σχέση με την υγεία αντιπροσωπεύει ένα πιο υψηλό επίπεδο δράσης του ίδιου του ασθενούς, σε σύγκριση με την εκπαίδευση. Αρκετοί είναι αυτοί που σημειώνουν ότι ο ειδικός δε θα πρέπει να μπαίνει στη διαδικασία να κινητοποιεί τον ασθενή να αλλάξει (Cole & Bird, 2000). Αντιθέτως, η εκπαίδευση είναι η απλούστερη, αμεσότερη και λιγότερο αμφιλεγόμενη στρατηγική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βελτιωθεί η συμμόρφωση του ασθενούς (Cole & Bird 2000).

Πολλοί παράγοντες φαίνεται να εμποδίζουν τη ροή πληροφοριών από τον θεραπευτή μέχρι και τον ασθενή. Αυτοί περιλαμβάνουν το άγχος του ασθενή, τη χρήση εξειδικευμένης ιατρικής γλώσσας από την πλευρά των ιατρών και τη σύγχυση των ασθενών (Cole & Bird, 2000). Έχει αποδειχθεί ότι ακόμα και μετά την εντύπωση που έχουν αποκομίσει οι ίδιοι οι γιατροί ότι έχουν «εκπαιδεύσει» τους ασθενείς τους, οι τελευταίοι έχουν τελικά εμπεδώσει περίπου μόλις το 50% των σχετιζόμενων με την ασθένειά τους πληροφοριών (Stewart, 1995). Επιπλέον λίγοι είναι οι ασθενείς που ακολουθούν τις συστάσεις των γιατρών τους, όπως συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή, τήρηση των ραντεβού, και αλλαγές στον τρόπο ζωής (π.χ. διατροφικές αλλαγές, άσκηση, διακοπή καπνίσματος).

Η εκπαίδευση των ίδιων των ιατρών/θεραπευτών σχετικά με τις ψυχο-εκπαιδευτικές τεχνικές αποτελεί ένα όπλο στη θεραπευτική διαδικασία, που καθιστά την παρέμβαση πιο επιτυχή και στοχευμένη. Κι αυτό, γιατί η παρέμβαση που έχει βασιστεί σε ψυχο-εκπαιδευτικά μοντέλα συνίσταται από τα εξής τρία στοιχεία: τη διάδραση, την αποσαφήνιση και την απόκτηση ικανοτήτων αντιμετώπισης της νόσου (Bäuml et. al, 2006). Η θεραπευτική διάδραση περιλαμβάνει την θέσπιση μιας θεραπευτικής συμμαχίας, στην οποία οι ιατρικές πληροφορίες ανταλλάσσονται με ταυτόχρονο σεβασμό και προσοχή για τις υποκειμενικές ατομικές απόψεις του ασθενούς.

Ο αποσαφηνισμός αναφέρεται στην απλοποίηση περίπλοκων γεγονότων και όρων σχετικών με την πάθηση εκ μέρους του επαγγελματία υγείας, μέσα από παροχή πληροφοριών, εμφύσηση γνώσης σχετικά με την πάθηση και εμπέδωση κατανόησης, μέσα από μια αμφίδρομη μεταφορά πληροφοριών. Τέλος, ένας γιατρός ή επαγγελματίας γενικής υγείας εκτός του κλάδου της ψυχιατρικής, που όμως είναι εκπαιδευμένος σε τεχνικές ψυχο-εκπαίδευσης, είναι σε θέση να εξοπλίζει τον ασθενή του με μηχανισμούς αντιμετώπισης, εστιάζοντας στους διαθέσιμους πόρους του πάσχοντα και όχι στα ελλείμματά του, στη βελτιστοποίηση της συμπεριφοράς διαχείρισης κρίσης, στην τροποποίηση του life plan του ασθενούς, στην ενδυνάμωση της δυννητικής προστασίας εκ μέρους της οικογένειας και τελικά στη metamorphosis των ασθενών σε «ειδικούς» της νόσου τους μέσα από την ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας (Bäuml et. al., 2006).

### **Αποτελεσματικότητα Ψυχο-εκπαίδευσης και παρεμβάσεων Θετικής Ψυχολογίας**

Οι ψυχο-εκπαιδευτικές παρεμβάσεις εφαρμόζονται στις χρόνιες και σοβαρές ψυχικές διαταραχές και κυρίως στη σχιζοφρένεια, όπου υπάρχει εμπειρία 30 και πλέον ετών (Vaughn & Leff, 1976; Falloon et al., 1984; Miklowitz et al., 1988; Magliano & Fiorillo, 2007). Τα τελευταία 15 χρόνια χρησιμοποιούνται ευρέως στη διπολική διαταραχή αλλά και σε άλλες ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διαταραχές πρόσληψης τροφής κ.λ.π.

Η ψυχο-εκπαίδευση αλλάζει την στάση της οικογένειας και προκαλεί αισιοδοξία για το μέλλον και την αντιμετώπιση της ασθένειας. Η ενημέρωση και κατανόηση όλων των θεραπευτικών επιλογών οδηγεί στην εδραίωση σφαιρικής γνώσης για την ασθένεια, βελτίωση της συνεργασιμότητας στη φαρμακευτική αγωγή, ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και βελτίωση της συνεργασίας των οικογενειών με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Xia et al., 2011). Όταν δε η ψυχο-

εκπαίδευση παρέχεται σε ομάδες ασθενών ή συγγενών, τότε τα οφέλη είναι πολλαπλά γιατί συμβάλλει στην κοινωνικοποίηση των ασθενών και στην άρση του κοινωνικού στίγματος και του αισθήματος απομόνωσης που βιώνουν οι οικογένειες στην συντριπτική πλειοψηφία τους (Economou, 2015).

Παράλληλα οι ψυχο-εκπαιδευτικές παρεμβάσεις μέσα από ποικίλους μηχανισμούς φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στη μείωση του άγχους μέσα στην οικογένεια, στη μείωση της έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, στην ανακούφιση της οικογένειας από το αίσθημα της επιβάρυνσης από τη φροντίδα του ασθενούς, στην αλλαγή των στάσεων και των συμπεριφορών της οικογένειας προς τον ασθενή, στη βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας και τη μείωση της αυτοκτονικότητας (Rabovsky et al., 2012; Rouget et al., 2007).

Από την άλλη, έρευνες δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις Θετικής Ψυχολογίας συσχετίζονται με σημαντική αύξηση της ψυχικής ευεξίας και της ελπίδας καθώς και με τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Sin & Lyubomirsky, 2009). Επιπροσθέτως, ενισχύονται τα θετικά συναισθήματα και το προσωπικό νόημα της ζωής (Seligman et al., 2006). Τα μοντέλα θετικής παρέμβασης είναι το ίδιο αποτελεσματικά στη θεραπεία διαταραχών όπως και άλλες συχνά εφαρμοσμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Εστιάζοντας στην αύξηση των θετικών συναισθημάτων, συμπεριφορών, γνώσεων, επιτυγχάνουν τη βελτίωση της ψυχικής ευεξίας και της λειτουργικότητας του ατόμου.

### **Αποτελεσματικότητα της Ψυχο-εκπαίδευσης και των παρεμβάσεων Θετικής Ψυχολογίας σε συγκεκριμένες ψυχικές και σωματικές νόσους-Παραδείγματα**

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων σε ασθενείς που πάσχουν από **σχιζοφρένεια** και στα μέλη της οικογένειας τους καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ψυχο-εκπαίδευση μειώνει τις υποτροπές και τις επανεισαγωγές, ενισχύει τη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, μειώνει τη διάρκεια των νοσηλείων, βελτιώνει τη συνολική και κοινωνική λειτουργικότητα με αποτέλεσμα να μειώνει το κοινωνικό κόστος, ενισχύει τη ποιότητα ζωής των ασθενών και αυξάνει την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Economou et al., 2011; Xia et al., 2011).

Ως εκ τούτου, προτείνεται ως κλινικά αποτελεσματική και οικονομικά ωφέλιμη θεραπευτική παρέμβαση στη σχιζοφρένεια. Στον ελληνικό πληθυσμό, σχετική έρευνα κατέδειξε τα οφέλη μιας ομαδικής ψυχο-εκπαιδευτικής παρέμβασης σε συγγενείς ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική αύξηση στην οικογενειακή συνοχή, αύξηση της ευημερίας των συγγενών και μείωση της παρουσίας καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους συγγενείς. Οι μεγαλύτερες βελτιώσεις παρατηρήθηκαν στους συγγενείς που φροντίζουν χρόνιους ασθενείς καθώς η ψυχο-εκπαίδευση φαίνεται να αποκαθιστά τα αισθήματα ελπίδας, παρά τη βίωση πολλαπλών και επαναλαμβανόμενων υποτροπών καθ' όλη τη διάρκεια των ετών (Palli et al., 2015).

Όσον αφορά στη **διπολική διαταραχή**, οι περισσότεροι ασθενείς και οι συγγενείς τους διακατέχονται από στρεβλές και ελλιπείς αντιλήψεις για τη νόσο και την φαρμακευτική αγωγή (Pini et al., 2003). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία όταν εφαρμόζεται η ψυχο-εκπαιδευτική παρέμβαση κυρίως σε ομάδες ασθενών διευκολύνει την κατανόηση της νόσου και την τεκμηρίωση της θεραπευτικής πρότασης, αποκαλύπτει, τροποποιεί και ανασκευάζει τις λανθασμένες γνώσεις, προάγει την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και τη συνεργασία σε όλες τις πλευρές του θεραπευτικού σχεδιασμού και ενισχύει την αυτό-βοήθεια από τον πάσχοντα και τον ενεργητικό ρόλο της οικογένειας του. Οπότε, η εφαρμογή ψυχο-εκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς οδηγεί σε λιγότερες υποτροπές, μικρότερο αριθμό και διάρκεια νοσηλείων και επιμήκυνση του χρονικού διαστήματος της νορμοθυμίας (Colom et al., 2003a; Colom et al., 2003b; Colom et al., 2009). Επιπλέον η εφαρμογή των ψυχο-εκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε ομάδες συγγενών ασθενών με διπολική διαταραχή, όπως έδειξε και η εφαρμογή τους σε ελληνικό πληθυσμό, οδηγεί σε μείωση των υποτροπών των ασθενών, βελτίωση των γνώσεων για τη νόσο, μείωση της των επιπέδων επιβάρυνσης και της ψυχολογικής δυσφορίας (Kolostoumpis et al., 2015). Σε περιπτώσεις συννόησης διπολικής διαταραχής και αγχωδών διαταραχών μόνο ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων όπως η ψυχο-εκπαίδευση φαίνεται να οδηγεί σε βελτίωση της συνολικής λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών (Cazard & Ferreri, 2013).

Στην **κατάθλιψη**, η εφαρμογή της ψυχο-εκπαίδευσης σε ασθενείς οδηγεί σε βελτίωση της κλινικής πορείας, ενίσχυση της τήρησης της θεραπείας και της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας των ασθενών (Tursi et al., 2013).

Οι ψυχο-εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε συγγενείς ασθενών που πάσχουν από **άνοια** (νευρογνωστική διαταραχή) βελτιώνουν τη διαχείριση του στρες και την κοινωνική λειτουργικότητα των φροντιστών. Επιπλέον, βελτιώνουν τις γνώσεις για την ασθένεια, τη διαχείριση των αλλαγών μνήμης των ασθενών και την ικανότητα στη λήψη αποφάσεων των συγγενών (Huis In Het Veld et al., 2015).

Ενθαρρυντικά ευρήματα υπάρχουν στη βιβλιογραφία για την εφαρμογή ψυχο-εκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με **ΔΕΠΥ** και **σύνδρομο Tourette** και στους συγγενείς τους. Οι παρεμβάσεις βελτιώνουν τη γνώση για την ασθένεια και ενισχύουν τις θετικές στάσεις και συμπεριφορές προς τους ασθενείς. Επιπλέον, οι παρεμβάσεις σε γονείς βελτιώνουν τη "συμμόρφωση" των ασθενών στην φαρμακευτική αγωγή (Nussey et al., 2013).

Οι ψυχο-εκπαιδευτικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές και στις **διαταραχές πρόσληψης τροφής** και ιδιαίτερα στις «διαδικασίες επούλωσης» όπως την αυτογνωσία, την οριοθέτηση, τα συναισθήματα, την αυτο-κινητοποίηση, την αυτο-ρύθμιση και την αυτο-βελτίωση. Εμμέσως οδηγούν και σε μεγαλύτερη ετοιμότητα για αναζήτηση θεραπείας (Pettersen et al., 2011).

Σε περιπτώσεις συνδρόμου **Munchausen by Proxy** έχει βρεθεί ότι η ψυχο-εκπαίδευση είναι πολύ αποτελεσματική σε συνδυασμό με συμπεριφορικές τεχνικές έκθεσης (Bolat & Yalcin, 2017).

Στη διαταραχή **μυοσπασμάτων (τικ)** βρέθηκε ότι η θεραπεία πρέπει πάντα να ξεκινά με εξατομικευμένες στρατηγικές ψυχο-εκπαίδευσης ώστε να εξασφαλίζεται η καλύτερη εξέλιξη της διαταραχής (Martino & Mink, 2013).

Στις χρόνιες σωματικές νόσους η ψυχο-εκπαιδευτική παρέμβαση δεν έχει εφαρμοστεί τόσο εκτεταμένα όσο στις ψυχικές διαταραχές. Παρόλα αυτά, όσον αφορά στο **σακχαρώδη διαβήτη** ολοκληρωμένες ψυχο-εκπαιδευτικές παρεμβάσεις τόσο σε ασθενείς Τύπου Ι όσο και σε ασθενείς τύπου ΙΙ ενισχύουν τη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και έχουν συνδεθεί με πτώση της γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνης. Επιπλέον, η εφαρμογή ψυχο-εκπαιδευτικών παρεμβάσεων και στους φροντιστές ενισχύει τα αποτελέσματα (Viana et al., 2016; Li et al., 2014).

Καθώς η επιβίωση σε διάφορες μορφές καρκίνου έχει αυξηθεί, η ανάγκη για τεκμηριωμένης αποτελεσματικότητας παρεμβάσεις στην αποκατάσταση των πασχόντων από νεοπλασίες έχει αυξηθεί. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η εφαρμογή ψυχο-εκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με **καρκίνο μαστού, καρκίνο προστάτη, καρκίνο θυρεοειδούς** κ.α βελτιώνει τη ποιότητα ζωής των ασθενών που σχετίζεται με τη νόσο, τη συνολική ποιότητα ζωής, μειώνει τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους και βελτιώνει συμπτώματα που σχετίζονται με τη νόσο όπως κόπωση, πόνο, σεξουαλική δυσλειτουργία και τελικά την επιστροφή στην εργασία. (Matsuda et al., 2014; Parahoo et al., 2015; Egan et al., 2013; Xiao et al., 2016). Επιπλέον η εφαρμογή ψυχο-εκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε παιδιά που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο και τις οικογένειες τους βελτιώνει τις γνώσεις για την ασθένεια και την ικανότητα ελέγχου των συμπτωμάτων (Thompson & Young-Saleme, 2015).

Η εφαρμογή της ψυχο-εκπαίδευσης σε ασθενείς με νόσο **χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας** βρέθηκε να αυξάνει την ικανότητα αυτοδιαχείρισης της ασθένειας από τους ίδιους τους πάσχοντες (Bove et al., 2017).

Σε ασθενείς με **HIV** έχει βρεθεί ότι η ψυχο-εκπαίδευση πρέπει να διεξάγεται κατά την αρχική αξιολόγηση για να μειωθούν οι αρνητικές πεποιθήσεις σχετικά με την αντιρετροϊκή θεραπεία (Betancur et al., 2017).

Η εφαρμογή της ψυχο-εκπαίδευσης σε ασθενείς με **Λειτουργικές μη επιληπτικές κρίσεις (FNEA)** οδήγησε σε μείωση των επεισοδίων και σχεδόν το 40% όσων ολοκλήρωσαν τη θεραπεία ανέφεραν ότι δεν είχαν προσβληθεί από άλλο επεισόδιο μέχρι το τέλος της θεραπείας. Σημαντικές βελτιώσεις βρέθηκαν επίσης στο επίπεδο της ψυχολογικής δυσφορίας, των πεποιθήσεων για την ασθένεια και της κατανόησης της κατάστασης από τη πλευρά των ασθενών (Cope et al., 2017).

Ολοκληρώνοντας, λίγες είναι οι μελέτες εφαρμογής δομημένης ψυχο-εκπαιδευτικής παρέμβασης σε χρόνιους νευρολογικούς ασθενείς (Σκλήρυνση κατά πλάκας, μυοπάθεια) και σε χρόνιους νεφρολογικούς ασθενείς και στους φροντιστές τους.

**Συμπερασματικά**, η ψυχο-εκπαίδευση συστήνεται ως μια καλή πρακτική (good practice), περιλαμβάνεται στις περισσότερες «οδηγίες» (guidelines) για πολλές νοσολογικές οντότητες στη Ψυχιατρική και αποτελεί βασικό τμήμα στις παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της χρόνιας και σοβαρής ψυχικής διαταραχής. Σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική θεραπεία, διαδραματίζει ένα πολύ σημαντικό

ρόλο στη στρατηγική της όλης θεραπευτικής προσπάθειας, όχι μόνο για τη πρόληψη των υποτροπών αλλά και για τη γενικότερη ποιότητα ζωής του ασθενούς και της οικογένειάς του (RANZCP, 2004; NICE, 2016; CINP, 2017).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι όσον αφορά τις σωματικές χρόνιες ασθένειες, αλλά και πολλές από τις νευρολογικές, αναπτυξιακές και ψυχικές διαταραχές, από την ελληνική βιβλιογραφία απουσιάζουν καταγραφές εφαρμογής ψυχο-εκπαιδευτικών παρεμβάσεων. Με εξαίρεση τις μείζονες σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές, **στη χώρα μας φαίνεται να υπάρχει ένα σημαντικό κενό ως προς την ένταξη των ψυχο-εκπαιδευτικών παρεμβάσεων σε ένα απαρτιωμένο πλάνο βιοψυχοκοινωνικής φροντίδας της χρόνιας νόσου.** Μάλιστα, ακόμα και στην περίπτωση της σχιζοφρένειας και της διπολικής διαταραχής, παρά την ευρύτατη κατοχύρωση της σημασίας των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων διεθνώς, στην Ελλάδα τέτοιες παρεμβάσεις παρέχονται μεμονωμένα και πολύ απέχουν από το να αποτελέσουν μέρος της συνήθους φροντίδας. **Το γεγονός αυτό συνιστά ένα σημαντικό έλλειμμα φροντίδας το οποίο αντανακλάται όχι μόνο στην πορεία της υγείας και στην ποιότητα ζωής των ίδιων των χρονίως πασχόντων, αλλά αποτυπώνεται και στον βαθμό στον οποίο η χρόνια νόσος οδηγεί σε αναπηρία, ανικανότητα προς εργασία και αποδυνάμωση του παραγωγικού δυναμικού μιας κοινωνίας.**

#### **ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΜΟΝΑΔΑΣ ΨΥΧΟ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ**

Στο πλαίσιο της Δράσης και της κοινωνικής πολιτικής που υλοποιεί η Περιφέρεια Αττικής και υπό το πρίσμα μιας ευρύτερης συνεργασίας που επιθυμούμε να εγκαινιαστεί μεταξύ της εν λόγω Περιφέρειας και της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών/Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Μονάδας Ψυχοεκπαίδευσης και Υποστήριξης ασθενών που πάσχουν από χρόνιες νόσους και των οικογενειών τους, με στόχο την υπεύθυνη επιστημονική ενημέρωση για τη νόσο και τη διαχείρισή της, αλλά και για την υποστήριξη «πέρα από τη νόσο» σε ζητήματα ποιότητας ζωής και θετικής ψυχολογίας.

#### **Αποδέκτες Παρέμβασης Δράσης Ψυχο-εκπαίδευσης**

Βάσει όλων των παραπάνω, θεωρούμε ότι μία Δράση ψυχο-εκπαίδευσης μπορεί να είναι πραγματικά αποτελεσματικό μόνο αν περιλαμβάνει όλους τους εμπλεκόμενους σε μια θεραπεία, από τους ασθενείς ως τους θεράποντες ιατρούς και από τους θεράποντες ιατρούς ως τους οικείους των ασθενών και τους φροντιστές τους (σε αρκετές περιπτώσεις οι οικείοι έχουν και το ρόλο του φροντιστή). Όλοι οι προαναφερόμενοι είναι ισότιμοι κρίκοι στη αλυσίδα μια θεραπείας και η εξαίρεση ενός εκ των κρίκων αυτών από την ψυχο-εκπαιδευτική διαδικασία αποδυναμώνει- αν δεν ακυρώνει τελείως-την θετική επίδραση της εκπαίδευσης των υπολοίπων.

Ως εκ τούτου, η προτεινόμενη Δράση επιμερίζεται ουσιαστικά σε δύο σκέλη: **Α) στην ψυχο-εκπαίδευση των ασθενών και των οικείων/φροντιστών τους και Β) στην ψυχο-εκπαίδευση των θεράποντων ιατρών.** Καταλήγουμε σε αυτή την ομαδοποίηση λαμβάνοντας υπόψη μας το βαθμό εξειδίκευσης στην πληροφορία που μπορούν να λάβουν οι εμπλεκόμενοι. Είναι προφανές ότι οι ιατροί, λόγω βασικών σπουδών στη Γενική Ιατρική-επομένως ανεξαρτήτως ειδικότητας-είναι σε θέση να κατανοήσουν, να αφομοιώσουν και να συνδυάσουν πολύ πιο 'τεχνικές', ιατρικού τύπου πληροφορίες από ότι οι ασθενείς ή οι οικείοι/φροντιστές των τελευταίων αυτών. Αναλόγως, ένα πρόγραμμα ψυχο-εκπαίδευσης ιατρών οποιασδήποτε ειδικότητας θα κινείται σε ένα πιο 'τεχνικό' επίπεδο από ό,τι ένα πρόγραμμα ψυχο-εκπαίδευσης ασθενών και οικείων/φροντιστών στο οποίο οι πληροφορίες αναμένεται να είναι σε μια πιο απλοϊκή και εκλαϊκευμένη μορφή. Προς τούτο έχει επιλεγεί ο διαχωρισμός της παρούσας Δράσης ψυχο-εκπαίδευσης ομαδοποιώντας τους ασθενείς μαζί με τους οικείους/φροντιστές τους και χωριστά από τους ιατρούς.

Πριν προχωρήσουμε σε μια αναλυτικότερη παρουσίαση της προτεινόμενης Δράσης, κρίνεται απαραίτητο να διευκρινιστεί και η επιλογή των ασθενειών που πρόκειται να καλυφθούν σε κάθε σκέλος. Αναφορικά με το σκέλος ψυχο-εκπαίδευσης των Ιατρών θα παρατηρούσαμε ότι σαφώς και ιατροί η ειδικότητα των οποίων σχετίζεται με την αντιμετώπιση ψυχικών όσων, όπως για παράδειγμα οι ψυχίατροι, δε χρειάζονται ψυχο-εκπαίδευση. Συνεπώς, ως προς τους ιατρούς έχει νόημα η ψυχο-εκπαίδευση ιατρών άλλων πλην της ψυχιατρικής ειδικοτήτων. Οι ψυχίατροι είναι ήδη εξ' αντικειμένου αρκετά ενημερωμένοι.

Με άλλα λόγια, έχει νόημα το σκέλος της ψυχο-εκπαίδευσης των ιατρών να περιλαμβάνει ιατρούς εξειδικευμένους σε 'σωματικές' νόσους, οι οποίοι δύναται να βρεθούν αντιμέτωποι με τα συμπτώματα μιας ψυχικής νόσου συνεπεία της ψυχικής συν-νόσησης των ασθενών τους. Αναφορικά προς τον ιατρικό πληθυσμό, εδώ ακριβώς έγκειται και η προστιθέμενη αξία της ψυχο-εκπαίδευσης: στην από μέρους των ιατρών απόκτηση της ικανότητας να διακρίνουν εγκαίρως τα συμπτώματα μια ψυχικής νόσου που έρχεται να προστεθεί στη ήδη υπάρχουσα 'σωματική' με ένα τρόπο ύπουλο, σχεδόν αδιόρατο, δεδομένου ότι η προσοχή των ιατρών εστιάζεται πάντα στην πρωταρχική (σωματική νόσο) στην οποία άλλωστε και ειδικεύονται. Κατά μία έννοια, η ειδικευση λειτουργεί στην προκειμένη περίπτωση ανασταλτικά, 'τυφλώνει' το θεράποντα ιατρό καθιστώντας τον ευαίσθητο μόνο στα συμπτώματα της σωματικής νόσου, λειτουργεί δηλαδή ως ένα 'προπέτασμα καπνού' πίσω από το οποίο γεννιέται και αναπτύσσεται η ψυχική νόσος που λειτουργεί ενισχυτικά στη 'σωματική' δυσχεραίνοντας τη θεραπεία της τελευταίας αυτής. Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η ψυχο-εκπαίδευση ιατρών πλην αυτών της ψυχιατρικής ειδίκευσης.

Αντιθέτως, ως προς το σκέλος της ψυχο-εκπαίδευσης ασθενών και οικείων/φροντιστών, πρέπει να πούμε πως εν γένει δεν αναμένουμε αυτοί να είναι αρκετά ενημερωμένοι. Συνεπώς η δράση απευθύνεται τόσο σε ασθενείς με ψυχική νόσο, όσο και σε ασθενείς με σωματική νόσο, που ωστόσο έχουν νοσήσει και ψυχικά εξαιτίας των νοσημάτων αυτών. Ανάλογα ισχύουν φυσικά και για τους οικείους και φροντιστές των ασθενών.

Συνάγεται λοιπόν πως το σκέλος για τη ψυχο-εκπαίδευση των ιατρών θα απευθύνεται σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων πλην της ψυχιατρικής, ενώ το σκέλος για την ψυχο-εκπαίδευση των ασθενών και των οικείων και φροντιστών τους θα αφορά σε ασθενείς με ψυχική ή/και σωματική νόσο.

#### **Έδρα/Διαδικασία/Διασύνδεση**

Δεδομένου ότι η περιοχή της Αττικής είναι η πιο πυκνοκατοικημένη της χώρας, η Μονάδα Ψυχοεκπαίδευσης και Υποστήριξης θα απευθύνεται στον πληθυσμό του Λεκανοπεδίου Αττικής και θα έχει ως έδρα της το Αιγινήτειο Νοσοκομείο.

Στην κεντρική αυτή υπηρεσία-έδρα της Μονάδας Ψυχοεκπαίδευσης και Υποστήριξης θα γίνεται η **υποδοχή (intake) των αιτημάτων**, η **αρχική αξιολόγησή** τους και, σε συνέχεια, η **κατανομή** τους στις επιμέρους δραστηριότητες της Μονάδας ή η **παραπομπή** τους σε περισσότερο εξειδικευμένες υπηρεσίες του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

Η Μονάδα θα συνεργάζεται στενά με Φορείς και Υπηρεσίες Υγείας και Ψυχικής Υγείας, όπως Κέντρα Υγείας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, Νοσοκομεία (εξωτερικά ιατρεία, ειδικά τμήματα παρακολούθησης ασθενών που πάσχουν από χρόνιες νόσους κ.α.) τόσο σε θέματα παραπομπών όσο και σε θέματα διασύνδεσης και ολιστικής φροντίδας των επιπτώσεων της χρόνιας νόσου στο άτομο και τους φροντιστές του.

#### **ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΡΑΣΗΣ**

Η Δράση περιλαμβάνει επιμέρους παρεμβάσεις που έχουν ως εξής:

##### **Α. Παροχή υπηρεσιών Ψυχο-εκπαίδευσης και Υποστήριξης στις Χρόνιες Ψυχικές Διαταραχές (για ασθενείς και συγγενείς-Α' Σκέλος Ψυχο-εκπαίδευσης)**

Συγκεκριμένα, προβλέπεται η δημιουργία **ομάδων ψυχο-εκπαίδευσης ασθενών με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές** και ειδικότερα:

- **σχιζοφρένεια,**
- **διπολική διαταραχή,**
- **κατάθλιψη,**
- **διαταραχές πρόσληψης τροφής,**
- **ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή** και άλλες σοβαρές αγχώδεις διαταραχές.

Εκτός από τις ομάδες ψυχο-εκπαίδευσης ασθενών προβλέπεται κατά περίπτωση η δημιουργία **ομάδων ψυχο-εκπαίδευσης συγγενών/ οικογενειών**, ειδικά για τις ψυχικές διαταραχές που πλήττουν σοβαρά τη

λειτουργικότητα του πάσχοντα με αποτέλεσμα στη φροντίδα του να εμπλέκεται αναπόσπαστα το οικογενειακό του περιβάλλον.

## **Β. Παροχή υπηρεσιών Ψυχοεκπαίδευσης και Υποστήριξης στις Χρόνιες Σωματικές Νόσους (για ασθενείς και συγγενείς-Α' σκέλος Ψυχο-εκπαίδευσης)**

Συγκεκριμένα θα επιδιωχθεί η περαιτέρω ανάπτυξη της Μονάδας Ψυχο-εκπαίδευσης και Υποστήριξης και θα αναζητηθούν συνεργασίες με νοσοκομειακές μονάδες, ειδικά ιατρεία και άλλες υπηρεσίες υγείας, εξειδικευμένες στην αντιμετώπιση των χρόνιων σωματικών παθήσεων. Μέσω της διασύνδεσης με τις υπηρεσίες αυτές, προτείνεται η ανάπτυξη ομάδων Ψυχο-εκπαίδευσης για ασθενείς και τους συγγενείς τους που αντιμετωπίζουν τις εξής παθήσεις:

- **νευρολογικές διαταραχές (Πολλαπλή Σκλήρυνση, νόσος Parkinson, μυασθένεια)**
- **άνοια (νόσο Alzheimer και άλλους τύπους άνοιας)**
- **σακχαρώδη διαβήτη**
- **άλλες χρόνιες σωματικές νόσους** στις οποίες διαπιστώνεται στη διεθνή βιβλιογραφία η τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα της ψυχο-εκπαίδευσης, όπως σε **ογκολογικούς ασθενείς** (ορισμένα είδη καρκίνου) και ασθενείς με **χρόνιες νεφρικές παθήσεις**, καθώς και σε **ειδικές ομάδες που χρήζουν ψυχοθεραπευτικών χειρισμών και παρεμβάσεων (π.χ. δότες οργάνων)**

Για την εκτίμηση της κατάστασης και των αναγκών των ασθενών και των συγγενών τους θα χρησιμοποιούνται δομημένη συνέντευξη και ειδικά ερωτηματολόγια (π.χ. Οικογενειακής Επιβάρυνσης (FBS), Οικογενειακής Ατμόσφαιρας (FAS), Εκφραζόμενου Συναισθήματος (FQ), Οικογενειακής Λειτουργίας, Κοινωνικής Υποστήριξης κ.α.). Στη συνέχεια, θα σχεδιάζεται η κατάλληλη παρέμβαση με βάση τις ιδιαιτερότητες της κάθε περίπτωσης.

## **Γ. Εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Β' σκέλος Ψυχο-εκπαίδευσης)**

Η Μονάδα Ψυχο-εκπαίδευσης και Υποστήριξης, αξιοποιώντας το επιστημονικό δυναμικό των δύο Φορέων που την απαρτίζουν, θα παρέχει συστηματική εκπαίδευση και εποπτεία σε νέους επαγγελματίες ψυχικής υγείας με σκοπό τη διεύρυνση εφαρμογής των παρεμβάσεων και τη στελέχωση ενός δικτύου υπηρεσιών.

## **Άμεση και διαρκής συνεργασία με τη Περιφέρεια Αττικής**

Για την εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού και την προσέλκυση των ωφελουμένων από τις υπηρεσίες της Μονάδας Ψυχο-εκπαίδευσης και Υποστήριξης θα υλοποιηθεί **πρόγραμμα δράσεων ενημέρωσης των τοπικών κοινοτήτων, σε συνεργασία με την Περιφέρεια**, σε σημεία ενδιαφέροντος που θα μας υποδείξετε και **σε συνεργασία με τους τοπικούς φορείς και τις υπηρεσίες υγείας**. Ενδεικτικά, ο προγραμματισμός περιλαμβάνει την προώθηση της πρωτοβουλίας που θα χορηγήσει η Περιφέρεια, με τη **διοργάνωση ημερίδων, εκδηλώσεων και την παραγωγή ενημερωτικού υλικού**.

Σε μια εποχή οικονομικών δυσχερειών και απώλειας του ανθρώπινου μέτρου, είμαστε βέβαιοι ότι η Περιφέρεια θα αγκαλιάσει το πρόγραμμα και θα στηρίξει εξειδικευμένα και επιστημονικά κατοχυρωμένα προγράμματα ψυχολογικής υποστήριξης ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας και των οικογενειών τους, που δίνουν έναν καθημερινό και συνεχή αγώνα με τη χρόνια και σοβαρή νόσο, ψυχική ή σωματική.

## **ΔΡΑΣΗ 9: Αντιμετώπιση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες οφειλόμενης σε Φυσικές Καταστροφές**

Μεταξύ των σημαντικότερων συνεπειών μιας φυσικής καταστροφής συγκαταλέγεται και η ψυχολογική επίπτωση που αυτή έχει στον πληττόμενο πληθυσμό. Πέραν των προκαλούμενων άμεσων απωλειών και φθορών, πρέπει να συνυπολογίζονται και οι φθορές ψυχολογικής φύσεως που υφίστανται μετά την καταστροφή οι άμεσα και έμμεσα εμπλεκόμενοι με αυτήν. Αυτή η ψυχική φθορά αποτελεί μια συνέπεια διαρκείας που εκτείνεται σε βάθος χρόνου και δύναται να καταστεί χρόνια οδηγώντας τα θύματα μιας φυσικής καταστροφής σε περαιτέρω δεινά σχετιζόμενα με συμπτώματα κοινωνικής δυσλειτουργίας, περιθωριοποίησης καθώς και σε επιδείνωση των καθημερινών συνθηκών διαβίωσης αλλά και της σωματικής υγείας τους. Η διεθνής έρευνα αναδεικνύει ως μια εκ των βασικότερων ψυχικών

συνεπειών μιας φυσικής καταστροφής την εμφάνιση Διαταραχής Μετα-τραυματικού Στρες (Post Traumatic Stress Disorder, στο εξής PTSD).

Συνεπώς το PTSD έχει εκτενώς μελετηθεί και σε περιπτώσεις φυσικών καταστροφών. Επί παραδείγματι, μια από τις πρώτες επίσημες και οργανωμένες καταγραφές συμπτωμάτων PTSD έπειτα από μεγάλη φυσική καταστροφή, αποτελεί το περίφημο ημερολόγιο τους βρετανού αξιωματούχου Samuel Pepys για τη μεγάλη φωτιά του Λονδίνου το 17<sup>ο</sup> αιώνα (Daly, 1983). Στις μέρες μας, εκτεταμένες μελέτες έχουν διεξαχθεί σε μεγάλα πληθυσμιακά δείγματα ανά τον κόσμο αναδεικνύοντας σημαντικά ποσοστά εμφάνισης του PTSD ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου ή ιδιότητας. Αναλυτικότερα η σχετική διεθνής βιβλιογραφία οργανώνει τους υπό εξέταση πληθυσμούς ανά **φύλο**, **ηλικία** (παιδιά/έφηβοι/ενήλικες), **τρόπο εμπλοκής στο συμβάν** (εγκαυματίες /απλοί μάρτυρες του συμβάντος) αλλά και **ιδιότητα** (πολίτες/ειδικευμένο προσωπικό όπως πυροσβέστες, διασώστες, τραυματιοφορείς και αστυνομικοί) και καταδεικνύει πως το PTSD δεν κάνει διακρίσεις πλήττοντας σοβαρά όλες τις άνωθεν πληθυσμιακές κατηγορίες με υψηλά επίπεδα επιπολασμού (Maes et al., 1998.; March et al., 1997; Skohstad, 2013; Tolin & Foa, 2006).

Εκτός του γενικού πληθυσμού, οι μελέτες σχετικά με τον επιπολασμό και τη σφοδρότητα του PTSD έχουν στραφεί επίσης και στους πληθυσμούς όσων εμπλέκονται λόγω επαγγέλματος και εκπαίδευσης στην αντιμετώπιση φυσικών καταστροφών. Υψηλό ποσοστό (μέχρι και 37%) εμφάνισης PTSD έχει καταγραφεί σε πυροσβέστες (Fullerton et al., 1992; Haslam & Mallon 2003; McFarlane, 1988; 1992; Scotti & Chen, 2006), τραυματιοφορείς και πληρώματα ασθενοφόρων (Skogstad, 2013; Smith & Roberts, 2003) και αστυνομικούς (Carlier et al., 1998; Skogstad., 2013) συνεπεία τραυματισμού τους ή απλής έκθεσής τους στα τραγικά περιστατικά μιας φυσικής καταστροφής.

Ένα ακόμα σημαντικό στατιστικό εύρημα των σχετικών ερευνών είναι η ισχυρή συσχέτιση του προκαλούμενου από φυσικές καταστροφές PTST με τη **ψυχική συννόσηση**. Συγκεκριμένα έχει καταδειχθεί πως το PTSD όσων ήταν μάρτυρες σε μεγάλης έκτασης πυρκαγιές συχνά οδηγεί σε χρόνια κατάθλιψη, Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, αγοραφοβία και κρίσεις πανικού τόσο σε παιδιά και εφήβους όσο και σε ενήλικες (Maes et al., 2000; March et al., 1997).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί πως νευρο-βιολογικές έρευνες καταδεικνύουν ότι το προκαλούμενο από φυσική καταστροφή PTSD αφήνει ένα σαφέστατο **‘υλικό ίχνος’** στον εγκέφαλο παιδιών (Perry, 1994), ενηλίκων (Li et al., 2006; Chen et al., 2006; Winter & Irle, 2004; Woon, Sood & Hedges, 2010) και πυροσβεστών (Hughes & Shin, 2011). Συγκεκριμένα, σε παιδιά που είχαν εκτεθεί σε πυρκαγιά φάνηκε ότι το PTSD προκάλεσε αφύσικα πρότυπα έκκρισης κατεχολαμινών που εν τέλει οδήγησαν σε αλλοιώσεις κατά την ανάπτυξη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος κυρίως στη περιοχή του Εγκεφαλικού Στελέχους. Με τη σειρά τους οι εν λόγω αλλοιώσεις οδήγησαν σε μεταβολές στις καρδιαγγειακές λειτουργίες, σε συναισθηματική ανάπτυξη και σε διαταραχές ύπνου. Ως προς τους δε ενήλικες γενικού πληθυσμού και τους πυροσβέστες παρατηρήθηκε ελάττωση της φαιάς ουσίας και γενικότερα δομικές ανωμαλίες στον υπόκαμπο, το νησιωτικό λοβό και την έλικα του μεσολοβίου. Θεωρούμε πως πέραν μιας περαιτέρω υλικού τύπου εδραίωσης του γεγονότος ότι οι φυσικές καταστροφές και ειδικότερα οι πυρκαγιές δύναται να προκαλέσουν PTSD, τα εν λόγω νευρο-φυσιολογικά ευρήματα αφήνουν σοβαρά ερωτηματικά ως προς την πιθανή απομείωση των βασικών αντιληπτικών και των γνωσιακών μηχανισμών που σχετίζονται με τις προαναφερθείσες εγκεφαλικές περιοχές με ό,τι αυτό συνεπάγεται ως προς την ατομική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα των πληγέντων.

Τούτων λεχθέντων, θεωρούμε ως επιβεβλημένη την παροχή δυνατοτήτων ψυχιατρικής **εξέτασης** όσων εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα σε φυσικές καταστροφές και ακολούθως την παροχή **καλά στοχευμένων υπηρεσιών θεραπείας/υποστήριξης** σε όσους εξ αυτών κριθεί ότι χρήζουν μιας τέτοιας εξειδικευμένης βοήθειας. Συνήθως, η έκταση και η σφοδρότητα των μεγάλων φυσικών καταστροφών και η τραγικότητα των στιγμών είναι τέτοια ώστε-βάσει της διεθνούς έρευνας και κλινικής εμπειρίας-να

αναμένουμε σημαντική πιθανότητα εμφάνισης υψηλού επιπέδου PTSD σε πληθυσμούς πληγέντων από φυσικές καταστροφές στον ελληνικό χώρο.

Ως εκ τούτου **προτείνεται**:

- 1) Τη σύσταση ομάδας ειδικών ψυχικής υγείας που θα επιφορτιστεί με την ευθύνη 1<sup>ο</sup>ν της διάγνωσης του PTSD και άλλων πιθανών ψυχικών παθήσεων στους πληγέντες από φυσικές καταστροφές καθώς και στα μέλη του ειδικευμένου προσωπικού (πυροσβέστες, τραυματιοφορείς, διασώστες, αστυνομικοί κλπ) που ενεπλάκη στη αντιμετώπιση των εν λόγω καταστροφών και 2<sup>ο</sup>ν της ψυχολογικής υποστήριξης και θεραπείας για όσους εξ των προαναφερθέντων διαγνωστούν με PTSD ή κάποια άλλη ψυχική πάθηση. Πρέπει να τονιστεί ότι ακόμα και μετά το πέρας της τριετούς περιόδου χρηματοδότησης από την Περιφέρεια, η εν λόγω ομάδα θα είναι διαθέσιμη προς κάλυψη ανάλογων αναγκών ψυχολογικής υποστήριξης/θεραπείας ατόμων που θα πληγούν από ανάλογες φυσικές καταστροφές στο μέλλον. Η ομάδα θα απαρτίζεται από ένα ψυχίατρο, δύο ψυχολόγους, έναν κοινωνικό λειτουργό και θα εδρεύει στο Αιγινήτειο νοσοκομείο καθώς και έναν μετα-διδάκτορα και δύο ψυχιάτρους υποψήφιους διδάκτορες με ειδίκευση στον τομέα ψυχικής υγείας (ψυχίατροι ή ψυχολόγοι ή κοινωνικοί λειτουργοί).
- 2) Ανάλυση της ηθικής σκέψης και τρόπου λήψης αποφάσεων στα μέλη των εξειδικευμένου προσωπικού που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση φυσικών καταστροφών (σε τομή με τη Δράση 7). Η διεθνής βιβλιογραφία καταδεικνύει την εμφάνιση αισθημάτων ενοχής, ταύτισης με τα θύματα, ανικανότητας και φόβου για το άγνωστο από μέρους των ατόμων του εξειδικευμένου προσωπικού που καλείται αντιμετωπίσει μεγάλες φυσικές καταστροφές (για παράδειγμα Fullerton et al., 1992). Προκύπτουν, συνεπώς, οι ακόλουθες δύο υποθέσεις: 1) Τα εν λόγω ψυχικά συμπτώματα σε συνδυασμό με την επαναλαμβανόμενη έκθεση σε ερεθίσματα που ενισχύουν και συντηρούν τα συμπτώματα αυτά ενδέχεται να οδηγούν σε μεταβολές της ηθικής σκέψης και του τρόπου λήψης αποφάσεων (decision making) από μέρους των ατόμων που εμπλέκονται στη αντιμετώπιση φυσικών καταστροφών από εξειδικευμένες θέσεις ευθύνης. Θεωρούμε ότι η διερεύνηση μιας τέτοιας υπόθεσης είναι κρίσιμη για τη δημόσια ασφάλεια αλλά και για την προστασία/θεραπεία των ίδιων αυτών των ατόμων 2) Τα άτομα που επιλέγουν να στελεχώσουν τέτοιου είδους θέσεις χαρακτηριζόμενες από ένα συνδυασμό υψηλής κοινωνικής ευθύνης, υψηλής επικινδυνότητας και συχνής έκθεσης σε υψηλά στρεσογόνες και τραυματικές συνθήκες και εμπειρίες αναμένεται να διακρίνονται αντίστοιχα υψηλά επίπεδο αλτρουισμού, υπευθυνότητας και αισθήματος καθήκοντος ακόμα και αυτοθυσίας. Ενδέχεται λοιπόν να παρουσιάζουν υψηλές τιμές των ανάλογων χαρακτηριστικών του ηθικού κρίνουν (Η δε περίπτωση των εθελοντών διασωστών-τραυματιοφορέων δείχνει να σχετίζεται με την υψηλότερη έκφραση αυτών.). Υπό άλλη διατύπωση αποτελούν εξόχως ενδιαφέρουσες και σημαντικές για την κοινωνία περιπτώσεις ηθικής σκέψης. Ο βαθμός που επαγγέλματα όπως του πυροσβέστη, του διασώστη, του τραυματιοφορέα και του αστυνομικού προϋποθέτουν ή συνεπάγονται την ανάπτυξη μιας ηθικής σκέψης βασιζόμενης στα βασικότερα συστατικά της προ-κοινωνικής νόησης, χρήζει εκτενούς προσπάθειας εντοπισμού και καταγραφής των παραγόντων που οδηγούν στην ανάπτυξη μιας κοινωνικά ωφέλιμης ηθικής. Τα μέλη του εξειδικευμένου προσωπικού αντιμετώπισης φυσικών καταστροφών ενδέχεται να αποτελούν ιδιαίτερα παραδείγματα ενσάρκωσης μιας τέτοιας ηθικής, συνεπώς ενδέχεται να συνιστούν μια χρήσιμη περίπτωση «case study». Ο μέσω επιστημονικών μεθόδων εντοπισμός των πηγών μιας τέτοιας κοινωνικής ηθικής σκέψης καθώς και των παραγόντων-συνθηκών που ενισχύουν την τελευταία αυτή πρέπει να αποτελεί το πρώτο βήμα μιας καλά στοχευμένης δράσης 'εμβολιασμού' του κοινωνικού συνόλου με μια ηθική πρωτίστως ανθρωπιστική.
- 3) **Επεξεργασία της ηθικής σκέψης και τρόπου λήψης αποφάσεων στον πληθυσμό των πληγέντων από φυσικές καταστροφές (σε τομή με τη Δράση 7).** Στην ως τώρα διεθνή έρευνα περί των ψυχολογικών / νευρο-βιολογικών βάσεων επί των οποίων εδράζεται η ηθική σκέψη και ο μηχανισμός λήψης αποφάσεων (decision making) δεν καλύπτει την περίπτωση ατόμων που έχουν εκτεθεί σε και πληγεί από φυσικές καταστροφές ούτε και την περίπτωση ατόμων που πάσχουν από PTSD. Θεωρούμε, το εν λόγω ερευνητικό κενό σημαντικό και προτείνουμε την διεξαγωγή



σειράς πειραμάτων προς εξακρίβωση πιθανών 'μεταλλάξεων' της ηθικής κρίσης και του μηχανισμού λήψης αποφάσεων ανθρώπων που νοσούν από PTSD ως αποτέλεσμα της έμμεσης ή άμεσης εμπλοκής τους σε φυσικές καταστροφές. Τα άτομα που πλήττονται από φυσικές καταστροφές αποτελούν ένα υπαρκτό και 'ευαίσθητο' πληθυσμό που έπραν όλων των άλλων δυσκολιών που αντιμετωπίζει κινδυνεύει και με κοινωνικό αποκλεισμό συνεπεία ψυχικής νόσησης και των γνωσιακών δυσλειτουργιών που αυτή συνεπάγεται. Η χαρτογράφηση αυτών των γνωσιακών δυσλειτουργιών περιλαμβάνει πιθανές αποκλίσεις στη ηθική σκέψη και τη λήψη αποφάσεων που θα πρέπει να εντοπιστούν 1<sup>ον</sup> για να σχεδιαστούν καλά στοχευμένες δράσεις κοινωνικής επανένταξης που δε μπορεί παρά να περνούν πρώτα μέσα από μια γνωσιακή θεραπεία και επανένταξη και 2<sup>ον</sup> για να αποφευχθεί η υπονόμηση της όποιας θεραπευτικής προσπάθειας λόγω μη συμμόρφωσης των ασθενών (Δείτε όσα αναλύονται στις δράσεις 6 και 7 σχετικά με την πιθανότητα υπονόμησης της θεραπευτικής προσπάθειας λόγω αλλοιώσεων στον τρόπο λήψης αποφάσεων από μέρους των ίδιων των ασθενών).

**4) Ανάπτυξη καινοτόμων κλινικο-ψυχοφυσιολογικών μεθόδων για τη συνεπή διαγνωστική-θεραπευτική αντιμετώπιση του προκαλούμενου από φυσικές καταστροφές PTSD.**

Ο τρέχων άξονας είναι εντελώς ανάλογος του άξονα Δ στη Δράση 1, με την εύλογη διαφοροποίηση ότι εδώ αφορά σε πληγέντες φυσικών καταστροφών πάσχοντες από PTSD.

**ΔΡΑΣΗ 10: Στάσεις του κοινού απέναντι στους πρόσφυγες και υλοποίηση παρεμβάσεων.**

Η Ελλάδα είναι η χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τη μεγαλύτερη, ίσως, εμπλοκή στο προσφυγικό ζήτημα. Ως η «χώρα του Ξένιου Δία» διατηρεί από την αρχαιότητα θετική στάση και αίσθημα φιλοξενίας απέναντι στον ξένο.

Τα άτομα που αναγκάζονται να εγκαταλείψουν την χώρα καταγωγής τους αποτελούν έναν ειδικό πληθυσμό που έχει βιώσει με δραματικό τρόπο το «ψυχικό τραύμα» του πολέμου, της απώλειας οικογένειας και πατρίδας και επιπλέον αντιμετωπίζει την πρόκληση της ένταξης στην χώρα υποδοχής. Εκεί μπορεί να αντιμετωπίζεται με αμφιθυμία, επιφυλακτικότητα και δυσπιστία, ως δυνάμει απειλητικός, έτσι ώστε να εγείρονται εναντίον του αποφευκτικές ή ακόμα και επιθετικές συμπεριφορές.

Παρότι το προσφυγικό ζήτημα στις ποικίλες εκδοχές του αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο που θα απασχολήσει την ελληνική κοινωνία σοβαρά και στο μέλλον, είναι αξιοσημείωτο ότι δεν υπάρχει συστηματική διερεύνηση των στάσεων του γενικού πληθυσμού της χώρας απέναντι στους πρόσφυγες. Η μόνη καταγραφή στην Ελλάδα έγινε το 2015 και κατέδειξε τον διχασμό και την πόλωση της ελληνικής κοινής γνώμης. Η προσπάθεια, όμως, αυτή περιορίστηκε στο πλαίσιο ερευνητικής δημοσιογραφίας, χωρίς να έχει αποτυπωθεί σε κάποια ερευνητική δημοσίευση. Επιπλέον, η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας καταδεικνύει την απουσία μελέτης, συνοδεία ακόλουθης παρέμβασης βασισμένης στα ευρήματα, σε ολόκληρη την ευρωπαϊκή ήπειρο.

Η συνεχιζόμενη εισροή προσφύγων σε συνάρτηση με την παρατεταμένη οικονομική ύφεση καθιστά την ανάγκη βαθύτερης διερεύνησης των στάσεων απέναντι στους πρόσφυγες επιτακτική. Η επιστημονική ψυχοκοινωνική έρευνα θα ρίξει φως στις πολυδιάστατες πτυχές του φαινομένου και θα παράξει το πλαίσιο για στοχευμένες παρεμβάσεις στην κοινότητα.

Στο πλαίσιο του προγράμματος κοινωνικής πολιτικής που υλοποιεί η Περιφέρεια Αττικής και δεδομένου ότι το γεωγραφικό διαμέρισμα της Αττικής αποτελεί έναν από τους πλέον επιβαρυσμένους τομείς της χώρας από την εισροή προσφύγων, η Α΄ Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών-Αιγινήτειο Νοσοκομείο προτείνουν την υλοποίηση ενός ολοκληρωμένου προγράμματος διερεύνησης των στάσεων του κοινού απέναντι στους πρόσφυγες καθώς και το σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση στοχευόμενων παρεμβάσεων.

**Άξονες παρέμβασης:**

**Α. Διερεύνηση των στάσεων των πολιτών του λεκανοπεδίου Αττικής απέναντι στους πρόσφυγες και ανάδειξη χαρακτηριστικών ατομικών** (εμπειρία με ψυχικό τραύμα προσωπικό ή συλλογικό-θυματοποίηση), **κοινωνικο-οικονομικών** (δημογραφικά δεδομένα), **ιδεολογικών** (ρατσιστική-στιγματιστική προδιάθεση, πολιτική τοποθέτηση, τοποθέτηση απέναντι σε συλλογικά ζητήματα) **που σχετίζονται με και επιδρούν στις στάσεις απέναντι στους πρόσφυγες.**

Για τους σκοπούς του έργου θα αξιοποιηθεί εταιρεία ερευνών που θα επιλεγεί έπειτα από τη διενέργεια σχετικού διαγωνισμού και θα πραγματοποιήσει τις τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε ικανό δείγμα 1.500 ατόμων στην έναρξη και τη λήξη του έργου. Η μεθοδολογία αναπτύσσεται διεξοδικά σε παράρτημα που ακολουθεί.

**Β. Παρεμβάσεις στο γενικό πληθυσμό και σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες βάσει των ερευνητικών ευρημάτων και συγκεκριμένα:**

**1. Εκδηλώσεις ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης:**

Εκδηλώσεις ενημερωτικού και πολιτιστικού ενδιαφέροντος με τη συμμετοχή εκπροσώπων της επιστημονικής κοινότητας καθώς και εκπροσώπων από ποικίλους τομείς της τέχνης και του πολιτισμού που θα συμβάλουν στην ευαισθητοποίηση για το προσφυγικό ζήτημα στο ευρύ κοινό και στην κινητοποίηση των πολιτών προς την κατεύθυνση αυτή.

**2. Στοχευμένες παρεμβάσεις σε Δήμους:**

Εκδηλώσεις, με ομιλίες τόσο ειδικών όσο και προσφύγων, συνοδεία ανάλογου οπτικοακουστικού υλικού που θα παραχθεί με αποδέκτες το ενήλικο κοινό.

Τα ερευνητικά αποτελέσματα της διερεύνησης στάσεων θα αναδείξουν τις γεωγραφικές περιοχές οι οποίες αντιμετωπίζουν εντονότερα το προσφυγικό ζήτημα, όπως είναι για παράδειγμα οι περιφερειακές ενότητες Δυτικής και Ανατολικής Αττικής, έτσι ώστε να διαμορφωθούν εργαλεία και παρεμβάσεις που θα απευθύνονται στοχευμένα σε αυτές τις ομάδες του πληθυσμού.

**3. Στοχευμένες παρεμβάσεις σε ειδικούς πληθυσμούς:**

Εκδηλώσεις, με ομιλίες τόσο ειδικών όσο και προσφύγων, συνοδεία ανάλογου οπτικοακουστικού υλικού που θα παραχθεί με αποδέκτες το ενήλικο κοινό.

Τα ερευνητικά αποτελέσματα της διερεύνησης στάσεων θα αναδείξουν τα χαρακτηριστικά των επιμέρους ομάδων του πληθυσμού (π.χ. εμπειρία ψυχικού τραύματος, κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, κ.λπ.) στους κόλπους των οποίων ενδέχεται να αναπτυχθούν εντονότερες ξενοφοβικές δυναμικές, έτσι ώστε να διαμορφωθούν εργαλεία και παρεμβάσεις που θα απευθύνονται στοχευμένα σε αυτές τις ομάδες του πληθυσμού.

**4. Στοχευμένες παρεμβάσεις σε σχολεία – μαθητικό πληθυσμό:**

Υλοποίηση workshop, με τεχνικές δημιουργικού παιχνιδιού σε σχολικές αίθουσες Δημοτικού, κατασκευή ηλεκτρονικού παιχνιδιού με θέμα σχετικό με την ξενοφοβία, και έκδοση σχετικού εικονογραφημένου παραμυθιού και ανάλογες δραστηριότητες σε Γυμνάσιο και Λύκειο υπό την καθοδήγηση εξειδικευμένων επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Η παρέμβαση στον μαθητικό πληθυσμό κρίνεται σκόπιμη καθώς η έρευνα έχει δείξει ότι οι πεποιθήσεις και οι στάσεις των ατόμων σε θέματα κοινωνικής αλληλεπίδρασης αρχίζουν να διαμορφώνονται από την παιδική κιόλας ηλικία. Οι παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης αποδεικνύονται ιδιαίτερα αποτελεσματικές στο μαθητικό πληθυσμό, στις ηλικίες δηλαδή όπου τα στερεότυπα απέναντι σε άλλες κοινωνικές ομάδες δεν έχουν παγιωθεί και οι κοινωνικές πεποιθήσεις είναι ακόμα εύπλαστες. Οι πρώιμες παρεμβάσεις σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες θα θέσουν τα θεμέλια για μια υγιέστερη μελλοντική κοινωνία πολιτών, προλαμβάνοντας φαινόμενα ρατσισμού και ξενοφοβίας στην γενιά που θα ακολουθήσει.

**5. Παραγωγή οπτικοακουστικού υλικού και υλικού τεκμηρίωσης που θα χρησιμοποιηθεί στις παρεμβάσεις**

- Παραγωγή ενημερωτικού υλικού σχετικά με την επίδραση των ρατσιστικών συμπεριφορών και τους τρόπους καταπολέμησης τους.

## Μεθοδολογία

### Δείγμα

Σε δημότες της περιοχής του λεκανοπεδίου θα στρατολογηθούν για την παρούσα Δράση. Η δειγματοληψία θα είναι στρωματοποιημένη ανά πόλη (με βάση τον πληθυσμό των Δήμων της Περιφέρειας ΑΤΤΙΚΗΣ καθώς επίσης και των περιφερειακών ενοτήτων Ανατολικής και Δυτικής ΑΤΤΙΚΗΣ), ηλικιακή κατηγορία και φύλο.

Διαθέσιμοι τηλεφωνικοί κατάλογοι θα χρησιμοποιηθούν για την ανάδειξη τυχαίου αριθμού τηλεφώνων (sampling frame). Τα τηλέφωνα που αντιστοιχούν στις επιχειρήσεις θα αποκλεισθούν για λόγους ηθικής και δεοντολογίας (δεν μπορεί να απασχοληθεί ο συμμετέχων εν ώρα εργασίας), καθώς και για μεθοδολογικούς λόγους: τα άτομα που εργάζονται σε επιχειρήσεις ή υπηρεσίες παρουσιάζουν διπλάσιες πιθανότητες επιλογής και ως εκ τούτου η δειγματοληψία δεν μπορεί να είναι τυχαία (η οποία επιτάσσει κάθε άτομο του πληθυσμού να έχει ίσες πιθανότητες εισαγωγής).

Εντός των νοικοκυριών θα πραγματοποιηθεί επιλογή του ατόμου βάσει της τεχνικής Trolah/Carter/Bryant, η οποία εξασφαλίζει την τυχαιότητα του δείγματος με την χρήση ειδικά διαμορφωμένων στατιστικών πινάκων.

Θα συμπεριληφθούν όλα τα άτομα με ηλικία από 15-80 ετών.

### Εργαλείο - Διαδικασία

Το εργαλείο θα περιλαμβάνει τα εξής επιμέρους τμήματα:

**I) Μία ερώτηση ανοιχτού τύπου «Ποιο είναι το πρώτο πράγμα που σας έρχεται στο μυαλό όταν ακούτε τη λέξη «πρόσφυγας»;**

**II) Μία ερώτηση ανοιχτού τύπου «Ποιο είναι το πρώτο πράγμα που σας έρχεται στο μυαλό όταν ακούτε την λέξη «μετανάστης»;**

**III) Ερωτήσεις κλειστού τύπου που θα αποτυπώνουν βασικές αντιλήψεις για τους πρόσφυγες.** Οι απαντήσεις των ερωτήσεων αυτών θα ακολουθούν 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, που θα εκφράζει βαθμό συμφωνίας-διαφωνίας (1= Διαφωνώ πολύ, 2 = Διαφωνώ, 3= Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4 = Συμφωνώ, 5 = Συμφωνώ πολύ). Οι ερωτήσεις αυτές θα προκύψουν από προηγούμενες έρευνες σε σχέση με το στίγμα της σχιζοφρένειας, καθώς και άλλων κοινωνικά ευπαθών ομάδων (μετανάστες, αποφυλακισμένοι, άτομα με σωματική αναπηρία, χρήστες ουσιών κ.λπ.), καθώς και από ενδελεχή βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφορικά με το στίγμα στους πρόσφυγες.

**IV) Ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα της diaNEOsis το 2015 (replication)**

- Οι πρόσφυγες που έρχονται τον τελευταίο χρόνο στην Ελλάδα, σε εσάς προσωπικά, τι αισθήματα, από τα παρακάτω, προκαλούν περισσότερο; (Θυμό-Φόβο-Αίσθημα απειλής-Καχυποψία-Ανησυχία-Αδιαφορία-Ανακούφιση-Λύπη-Συμπόνια-Άλλο-Όλα αυτά-Χωρίς γνώμη)
- Σε γενικές γραμμές, για τους πρόσφυγες πόση συμπάθεια αισθάνεστε; Θα λέγατε ότι τους συμπαθείτε; (Πολύ-Αρκετά-Όχι και τόσο-Καθόλου-Χωρίς γνώμη)
- Εσείς, προσωπικά, έχει τύχει τον τελευταίο καιρό να κάνετε κάτι για να βοηθήσετε πρόσφυγες; Δηλαδή, να δώσετε τρόφιμα, φάρμακα-είδη υγιεινής, ρούχα, παιχνίδια, εξοπλισμό (σκηές, κουβέρτες κλπ.), χρήματα ή να βοηθήσετε εθελοντικά, με προσωπική εργασία;

**V) Κλίμακα κοινωνικής απόστασης από τους πρόσφυγες.** Η εν λόγω κλίμακα αναπτύχθηκε και σταθμίστηκε για τα άτομα με σχιζοφρένεια, ωστόσο θα πραγματοποιηθεί προσαρμογή για την παρούσα έρευνα. Ειδικότερα, η κλίμακα περιλαμβάνει 14 λήμματα που περιγράφουν υποθετικές καταστάσεις κοινωνικής συναναστροφής καθεμία από τις οποίες προϋποθέτει διαφορετικό βαθμό εγγύτητας από το στιγματισμένο άτομο. Οι απαντήσεις ακολουθούν 5βάθμια κλίμακα Likert, με εύρος από 1 (=σίγουρα όχι) έως 5 (= σίγουρα ναι), ενώ μπορεί να υπολογιστεί και ο συνολικός βαθμός της κλίμακας.

**VI) Ερωτήσεις που αποτυπώνουν το κοινωνικό κεφάλαιο τύπου Bridging σε αντιδιαστολή με το κοινωνικό κεφάλαιο τύπου Bonding.** Συγκεκριμένα, το κοινωνικό κεφάλαιο τύπου Bonding περιγράφει στις σχέσεις κοινωνικών δικτύων ανάμεσα σε άτομα που είναι όμοια μεταξύ τους σε σχέση με βασικά

χαρακτηριστικά (φυλή, εθνότητα, κοινωνική τάξη, κ.λπ.). Αντίθετα, το κοινωνικό κεφάλαιο τύπου bridging αφορά στις κοινωνικές σχέσεις ανάμεσα σε άτομα που παρουσιάζουν ετερογένεια. Επομένως, θα πραγματοποιηθεί αποτύπωση των δύο αυτών πτυχών του κοινωνικού κεφαλαίου: η έμφαση θα δοθεί στο bridging social capital, ενώ η μέτρηση του bonding θα είναι για λόγους «μέτρησης ελέγχου».

**VII) Ερωτήσεις που θα συλλέγουν πληροφορίες για τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος:**

- **κοινωνικά χαρακτηριστικά:** φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, απασχόληση,
- **κοινωνικο-πολιτικά χαρακτηριστικά:** αστικότητα, προσφυγική καταγωγή, αυτοτοποθέτηση σε κοινωνική τάξη, αυτοτοποθέτηση στην κλίμακα Αριστερά-Δεξιά, τοποθέτηση απέναντι σε συλλογικά ζητήματα ρατσιστική-στιγματιστική προδιάθεση, στάσεις απέναντι στο μουσουλμανικό στοιχείο, attitudes toward other vulnerable groups?, attitudes toward immigration/immigrants?
- **κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά:** μεταβλητές που αφορούν στην οικονομική κρίση (δηλ. βαθμός προσωπικής οικονομικής δυσχέρειας)
- **ατομικά χαρακτηριστικά:** εμπειρία με ψυχικό τραύμα προσωπικό ή συλλογικό-θυματοποίηση, global mental health?, personal experience with discrimination?

Η συλλογή των πληροφοριών θα επιτευχθεί με τηλεφωνικές συνεντεύξεις, κατόπιν κατάλληλης εκπαίδευσης των συνεντευκτών, οι οποίοι είναι συνήθως απόφοιτοι κοινωνικών επιστημών. Καθ' όλη την διάρκεια της συλλογής των στοιχείων μέλος της ερευνητικής ομάδας θα εποπτεύει την διαδικασία, όπως έχει γίνει και σε προηγούμενες μελέτες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το μεγάλο δείγμα θα επιτρέψει την διερεύνηση αρκετών ερωτημάτων με αποτέλεσμα να μπορεί να ενημερώσει αποτελεσματικά τον σχεδιασμό και την υλοποίηση παρεμβάσεων που θα στοχεύουν στην θετικότερη στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στους πρόσφυγες.

## Περιγραφή ανά Φάσεις Εργασίας

### ΦΑΣΗ 1: ΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Κατά την 1<sup>η</sup> Φάση της παρούσης πρότασης θα γίνουν όλες οι απαραίτητες διαδικασίες για την επιλογή και «πρόσληψη» των επιστημόνων που θα υλοποιήσουν το Πρόγραμμα.

Επίσης θα ορισθούν οι ομάδες εργασίας και οι επικεφαλές αυτών.

Αναλυτικότερα και κατά το Ν 4485/2018, ο Επιστημονικός Υπεύθυνος ορίζοντας ομάδες εργασίας με μέλη ΔΕΠ θα προδιαγράψει τις ανάγκες σε επιστημονικό δυναμικό και ό ΕΛΚΕ ΕΚΠΑ θα προχωρήσει σε δημόσιες προκηρύξεις για την υποβολή αιτήσεων των ενδιαφερομένων, επιλογή και σύνταξη συμβάσεων με το προσωπικό που θα επιλεγεί.

Όλες οι θέσεις εργασίας εκτός των μελών ΔΕΠ θα προκηρυχθούν.

Για τις ανάγκες του Προγράμματος θα απασχοληθούν:

1. Ο καθ. Χαράλαμπος Παπαγεωργίου σαν Επιστημονικός Υπεύθυνος (ΕΥ) του Προγράμματος,
2. Έντεκα (11) μέλη ΔΕΠ,
3. Ένας (1) Διδάκτωρ σαν βοηθός του ΕΥ,
4. Έξη (6) Ψυχίατροι μεταδιδάκτορες,
5. Τέσσερις (4) Ψυχίατροι υποψήφιοι διδάκτορες,
6. Ένας (1) ιατρός Διδάκτορας,
7. Ένας (1) ιατρός,
8. Ένας (1) Στατιστικολόγος,
9. Τέσσερις (4) Ψυχολόγοι,
10. Λοιπές ειδικότητες (πχ Επισκέπτες/τριες υγείας κλπ) τρία (3) άτομα,
11. Διαχειριστής Προγράμματος ένα (1) άτομο πλήρους απασχόλησης και ένα άτομο με ημιαπασχόληση,
12. Τεχνική Στήριξη / Μηχανικοί Προγράμματος 1 άτομο με 30 Ανθρωπομήνες απασχόληση,
13. Γραμματεία ένα (1) άτομο πλήρους απασχόλησης.

Όλες οι παραπάνω θέσεις εκτός των μελών ΔΕΠ, θα καλυφθούν μετά από δημόσια προκήρυξη και διαδικασία επιλογής, το πρώτο άτομο που θα πρέπει να επιλεγεί είναι ο Βοηθός του ΕΥ και ο Διαχειριστής του Προγράμματος.

Συγχρόνως στην 1<sup>η</sup> φάση θα υλοποιηθούν οι διαγωνισμοί για τις απαραίτητες προμήθειες εξοπλισμών για την υποστήριξη των ομάδων του Προγράμματος.

Η διάρκεια της 1<sup>ης</sup> Φάσης θα είναι περίπου 3 μήνες αλλά θα επεκτείνεται μέχρι τη λήξη του Προγράμματος λόγω απρόπτων που μπορεί να συμβούν στη διάρκεια υλοποίησης του έργου.

Σημειώνεται, ότι στο παραπάνω επιστημονικό προσωπικό μπορεί να υπάρξουν διαφοροποιήσεις ανάλογα τις ανάγκες του Προγράμματος.

Το σύνολο των διαχειριστικών θεμάτων του παρόντος θα το υλοποιήσει ο κατά το Νόμο αρμόδιος: ο Ειδικός Λογαριασμός Κονδυλίων Έρευνας του ΕΚΠΑ (ΕΛΚΕ ΕΚΠΑ).

**ΦΑΣΗ 2: ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ του ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

Στα πλαίσια του Προγράμματος οι επιμέρους Δράσεις έχουν τα εξής Παραδοτέα:

**ΔΡΑΣΗ 1: Πρόγραμμα Εκπαίδευσης και Υποστήριξης ειδικών της Ψυχικής Υγείας για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής**

**Παραδοτέα:**

**Ανάπτυξη καινοτόμου κλικο-εργαστηριακής μεθοδολογίας (κλινικής/ψυχομετρικής εκτίμησης & ψυχοφυσιολογικής προτυποποίησης) που επιτρέπει:**

- (i) Τη συνεπή προσέγγιση διαγνωστικών και θεραπευτικών ζητημάτων πασχόντων από διαταραχές πρόσληψης τροφής
- (ii) Έγκυρη & αξιόπιστη συνεισφορά της προαναφερόμενης ψυχοκοινωνικής μέριμνας σε κοινοτικό πλαίσιο σύμφωνα με τις επιταγές του παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Σ' αυτό το πλαίσιο εντάσσονται
  - Α) Σεμινάριο 8 ωρών για την αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής σε μη εξειδικευμένο πλαίσιο για ειδικούς της ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δημόσιο φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρεια Αττικής. Το σεμινάριο θα γίνεται κάθε 2 μήνες σε διαφορετικό φορέα.
  - Β) Εποπτεία εβδομαδιαία για ειδικούς της ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δημόσιο φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρεια Αττικής. Η εποπτεία θα γίνεται on site δηλαδή στον εκάστοτε φορέα. Συνολικά υπολογίζεται να παρέχονται 10 ώρες εποπτείας την εβδομάδα.
  - Γ) Δημιουργία και εκτύπωση εγχειριδίου με βασικές οδηγίες για την αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής σε μη εξειδικευμένο πλαίσιο. Το εγχειρίδιο θα μοιράζεται δωρεάν σε ειδικούς της ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δημόσιους φορείς της περιφέρειας αττικής. Συνολικά υπολογίζεται να εκτυπωθεί και να μοιραστεί σε 1000 άτομα/αντίτυπα
  - Δ) Ανοικτές εκδηλώσεις για το κοινό για την ενημέρωσή του για τις διαταραχές πρόληψης τροφής. Οι εκδηλώσεις αυτές μπορούν να γίνουν με την υποστήριξη του γραφείου επικοινωνίας/τύπου της περιφέρειας και θα κληθούν να συμμετέχουν σύλλογοι και φορείς πασχόντων και οικογενειών με άτομα που πάσχουν από διαταραχές πρόσληψης τροφής
  - Ε) Δημιουργία δικτύου συνεργασίας και παραπομπών μεταξύ των κρατικών ή μη κυβερνητικών φορέων που ασχολούνται με την αντιμετώπιση των ΔΠΤ εντός του λεκανοπεδίου της Αττικής έτσι ώστε ο πάσχων να μπορεί να βρει γρήγορα πρόσβαση σε θεραπεία και να γίνεται καλύτερη εκμετάλλευση των περιορισμένων πόρων του δημόσιου συστήματος υγείας.
- (iii) Τη Βάσιμη ενίσχυση της παραγωγικής έρευνας μέσω της υλοποίησης διδακτορικών μελετών, της διάδοσης των σχετικών πνευματικών προϊόντων αλλά και της δυνητικής στελέχωσης των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής μέριμνας με προσωπικό που διαθέτει αξιόπιστη εμπειρογνωμοσύνη ψυχοκοινωνικής μέριμνας. Σ' αυτό το πλαίσιο εντάσσεται υπεράσπιση των πασχόντων από το 'στιγματισμό' & τις κοινωνικές διακρίσεις

**ΔΡΑΣΗ 2: Ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ανθεκτικοί στη θεραπεία**

**Παραδοτέα:**

**2.1 Οργάνωση της μονάδας της κεταμίνης και του διακρανιακού ερεθισμού** χρειάζεται ιδιαίτερα εξοπλισμένο χώρο χορήγησης της θεραπείας που περιλαμβάνει:

- Διάταξη συνεχούς καταγραφής και παρακολούθησης των ζωτικών σημείων στη διάρκεια της θεραπείας.

- Ηλεκτροεγκεφαλογράφο για καταγραφή των επαγόμενων από την χορηγούμενη κεταμίνη μεταβολών στο ΗΕΓ.
- Επιστημονική ομάδα αποτελούμενη από 1 υπεύθυνο Καθηγητή Ψυχιατρικής και 4 υποτρόφους (1 μεταδιδασκαρικός ψυχίατρος, 1 διδακτορικός ψυχίατρος, 1 διδακτορικός αναισθησιολόγος, , 1 νοσηλεύτης) για 3 έτη. Η ως άνω ομάδα θα είναι εκπαιδευμένη για την χορήγηση των θεραπειών καθώς και για την αξιολόγηση των ασθενών προ, κατά και μετά την εφαρμογή της θεραπείας.
- Συσκευή/διάταξη εφαρμογής του διακρανιακού ερεθισμού (TMS)
- Σύμβαση με εταιρεία αξιολόγησης όπως ορίζει ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) για την περίπτωση της θεραπείας με κεταμίνη.

## 2.2 Αποτελέσματα από την εφαρμογή των θεραπειών

### Α. Θεραπευτικό κλινικό όφελος

Η ανθεκτική στη θεραπεία μείζων καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί τη δεξαμενή ασθενών που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικές κλινικές. η θεραπευτική προσπάθεια με κεταμίνη ή διακρανιακό ερεθισμό θα γίνεται σε εξωτερική βάση ή σε κάποιες περιπτώσεις σε καθεστώς ημερήσιας νοσηλείας. Ως εκ τούτου, με την ανάπτυξη των ως άνω θεραπειών θα προκύπτει μεγάλο οικονομικό όφελος. Με την ανάπτυξη της μονάδας θα επωφελούνται αρχικά 350 με 500 ασθενείς, με χαρακτηριστικά ανθεκτικής στη θεραπεία κατάθλιψης, ετησίως.

### Β. Εκπαίδευση προσωπικού (σε τομή με τη Δράση 8)

Παράλληλα, θα πραγματοποιείται εκπαίδευση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων παραϊατρικών ειδικοτήτων στην εφαρμογή της θεραπείας και στη ερευνητική μεθοδολογία προκειμένου να αναλυθούν τα αποτελέσματα και πιθανοί μηχανισμοί δράσης αυτών των θεραπειών.

## 2.3 Η Ανάπτυξη της προαναφερόμενης καινοτόμου κλικο-εργαστηριακής μεθοδολογίας επιτρέπει:

Τη Βάσιμη ενίσχυση της σχετικής έρευνας μέσω της υλοποίησης διδακτορικών μελετών, της διάδοσης των σχετικών πνευματικών προϊόντων αλλά και της δυναμικής στελέχωσης των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής μέριμνας με προσωπικό που διαθέτει αξιόπιστη εξειδικευμένη εμπειρογνωμοσύνη.

## ΔΡΑΣΗ 3: Ασθενείς με νευροαναπτυξιακές διαταραχές

### Παραδοτέα:

## 3.1 Ανάπτυξη καινοτόμου κλικο-εργαστηριακής μεθοδολογίας (κλινικής/ψυχομετρικής εκτίμησης & ψυχοφυσιολογικής προτυποποίησης) που επιτρέπει:

- Τη συνεπή προσέγγιση διαγνωστικών και θεραπευτικών ζητημάτων ατόμων πασχόντων από Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές.
- Εγκυρη & αξιόπιστη συνεισφορά της προαναφερόμενης ψυχοκοινωνικής μέριμνας σε κοινοτικό πλαίσιο σύμφωνα με τις επιταγές του παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, μέσω της συντεταγμένης εφαρμογής σχετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε κοινοτικό πλαίσιο, της διάδοσης των σχετικών πνευματικών προϊόντων αλλά και της δυναμικής στελέχωσης των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής μέριμνας με προσωπικό που διαθέτει αξιόπιστη εμπειρογνωμοσύνη ειδικής ψυχοκοινωνικής μέριμνας.

**Σ' αυτό το πλαίσιο εντάσσεται** Μετάφραση, και ψυχομετρική αξιολόγηση του εργαλείου μέτρησης της λειτουργικότητας (Vineland) για τα άτομα με ΝΑΔ.

Δημιουργία έντυπου εγχειριδίου με τα ερωτηματολόγια διαλογής.

Ετήσια παρουσίαση προόδου συμπλήρωσης ερωτηματολογίων, καταγραφής δεδομένων, και επεξεργασίας με κατάλληλο λογισμικό (στους 12, 24 και 36 μήνες από την έναρξη).

**Την υπεράσπιση των πασχόντων από το «στιγματισμό» & τις κοινωνικές διακρίσεις. Σ' αυτό το πλαίσιο εντάσσεται** Ετήσια παρουσίαση προόδου εκπαίδευσης και ενημέρωσης για τα νεότερα δεδομένα, σε ειδικούς πληθυσμούς (ιατρούς, νοσηλευτές κλπ) στους 12, 24 και 36 μήνες από την έναρξη.

Τη Βάσιμη ενίσχυση πρωτοποριακής έρευνας μέσω της υλοποίησης διδακτορικών μελετών

- (iii) Συνεισφορά στην μείωση των δαπανών που απορρέουν από τη μη έγκυρη και αξιόπιστη ψυχοκοινωνική μέριμνα.

**ΔΡΑΣΗ 4: Ασθενείς με Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) και συναφείς διαταραχές (Σωματοδυσμορφο-φοβική Διαταραχή, Διαταραχή Παρασυσσώρευσης, κλπ)**

**Παραδοτέα:**

**Ανάπτυξη καινοτόμου κλικο-εργαστηριακής μεθοδολογίας (κλινικής/ψυχομετρικής εκτίμησης & ψυχοφυσιολογικής προτυποποίησης) που επιτρέπει:**

- (i) Τη συνεπή προσέγγιση διαγνωστικών και θεραπευτικών ζητημάτων ατόμων πασχόντων από Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή.
- (ii) Έγκυρη & αξιόπιστη συνεισφορά της προαναφερόμενης ψυχοκοινωνικής μέριμνας σε κοινοτικό πλαίσιο σύμφωνα με τις επιταγές του παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Σ' αυτό το πλαίσιο προβλέπεται:

Ετήσια παρουσίαση δεδομένων κλινικής αντιμετώπισης, φαρμακευτικής ή/και ψυχοθεραπευτικής, στους 12, 24 και 36 μήνες από την έναρξη, με ανώνυμες αριθμητικές και κλινικές πληροφορίες.

Ετήσια παρουσίαση προόδου συμπλήρωσης ερωτηματολογίων, καταγραφής δεδομένων, και επεξεργασίας με κατάλληλο λογισμικό (στους 12, 24 και 36 μήνες από την έναρξη). Παρουσίαση και ενημέρωση για έναρξη διδακτορικής διατριβής 12 μήνες από την έναρξη του προγράμματος. Έκθεση προόδου διδακτορικής διατριβής στους 24 και 36 μήνες. Παρουσίαση ενεργειών για ανάπτυξη δεύτερης διδακτορικής διατριβής και μεταδιδακτορικής μελέτης στους 24 και 36 μήνες από την έναρξη.

Ετήσια παρουσίαση προόδου ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού με ομιλίες και στη συνέχεια αν καταστεί δυνατό και με έντυπο υλικό.

Ετήσια παρουσίαση προόδου εκπαίδευσης και ενημέρωσης για τα νεότερα δεδομένα, σε ειδικούς πληθυσμούς (ιατρούς, νοσηλευτές κλπ).

Τοιουτοτρόπως αναμένεται **Συνεισφορά στην μείωση των δαπανών που απορρέουν από τη μη έγκυρη και αξιόπιστη ψυχοκοινωνική μέριμνα καθώς και Μείωση του 'στιγματισμού' & των κοινωνικών διακρίσεων των πασχόντων**

- (iii) Τη Βάσιμη ενίσχυση πρωτοποριακής έρευνας μέσω της υλοποίησης διδακτορικών μελετών

**ΔΡΑΣΗ 5: Ασθενείς σε οξεία φάση φορείς σοβαρών ψυχικών διαταραχών**  
**Πρόγραμμα Παρέμβασης και Σταθεροποίησης για την Κρίση σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές**

**Παραδοτέα:**

**Ανάπτυξη καινοτόμου κλικο-εργαστηριακής μεθοδολογίας (κλινικής/ψυχομετρικής εκτίμησης & ψυχοφυσιολογικής προτυποποίησης) που επιτρέπει:**

- (i) Τη συνεπή προσέγγιση διαγνωστικών και θεραπευτικών ζητημάτων Ασθενών σε οξεία φάση φορέων σοβαρών ψυχικών διαταραχών
- (ii) Έγκυρη & αξιόπιστη συνεισφορά της προαναφερόμενης ψυχοκοινωνικής μέριμνας σε κοινοτικό πλαίσιο σύμφωνα με τις επιταγές του παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, μέσω της συντεταγμένης εφαρμογής σχετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε κοινοτικό πλαίσιο, της διάδοσης των σχετικών πνευματικών προϊόντων αλλά και της δυναμικής στελέχωσης των υπηρεσιών



ψυχοκοινωνικής μέριμνας με προσωπικό που διαθέτει αξιόπιστη εμπειρογνωμοσύνη ειδικής ψυχοκοινωνικής μέριμνας.

(iii) Τη Βάσιμη ενίσχυση πρωτοποριακής έρευνας μέσω της υλοποίησης διδακτορικών μελετών

(iv) Συνεισφορά στην μείωση των δαπανών που απορρέουν από τη μη έγκυρη και αξιόπιστη ψυχοκοινωνική μέριμνα.

**ΔΡΑΣΗ 6: Ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), μεταμοσχευθέντες, οικείοι και φροντιστές και Δότες Νεφρών**

**Παραδοτέα:**

**Ανάπτυξη καινοτόμου κλικο-εργαστηριακής μεθοδολογίας (κλινικής/ψυχομετρικής εκτίμησης & ψυχοφυσιολογικής προτυποποίησης) που επιτρέπει:**

- (i) Τη συνεπή προσέγγιση διαγνωστικών και θεραπευτικών ζητημάτων ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια όπως και μεταμοσχευθέντων.
- (ii) Έγκυρη & αξιόπιστη συνεισφορά της προαναφερόμενης ψυχοκοινωνικής μέριμνας σε κοινοτικό πλαίσιο σύμφωνα με τις επιταγές του παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, μέσω της συντεταγμένης εφαρμογής σχετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε κοινοτικό πλαίσιο, της διάδοσης των σχετικών πνευματικών προϊόντων αλλά και της δυναμικής στελέχωσης των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής μέριμνας με προσωπικό που διαθέτει αξιόπιστη εμπειρογνωμοσύνη ειδικής ψυχοκοινωνικής μέριμνας. Σ' αυτό το πλαίσιο εντάσσεται η κλινικο-εργαστηριακή προτυποποίηση της ηθικής κρίσης και του μηχανισμού λήψης αποφάσεων στους εκάστοτε πληθυσμούς με βιο-ηθικές και κλινικές (διαγνωστικές και θεραπευτικές) προεκτάσεις.
- (iii) Τη Βάσιμη ενίσχυση πρωτοποριακής έρευνας μέσω της υλοποίησης διδακτορικών μελετών
- (iv) Συνεισφορά στη μείωση των δαπανών που απορρέουν από τη μη έγκυρη και αξιόπιστη ψυχοκοινωνική μέριμνα.

**ΔΡΑΣΗ 7: Εντοπισμός και στάθμιση των πιθανών επιπτώσεων της εκάστοτε ασθένειας στο ηθικό κρίνειν και τη λήψη αποφάσεων από μέρους των ασθενών, των οικείων και των φροντιστών.**

**Παραδοτέα:**

**Ανάπτυξη καινοτόμου κλικο-εργαστηριακής μεθοδολογίας (κλινικής/ψυχομετρικής εκτίμησης & ψυχοφυσιολογικής προτυποποίησης) που επιτρέπει:**

- (i) Τον συνεπή εντοπισμό και στάθμιση των πιθανών επιπτώσεων της εκάστοτε ασθένειας στο ηθικό κρίνειν και τη λήψη αποφάσεων από μέρους των ασθενών, των οικείων και των φροντιστών. .
- (ii) Έγκυρη & αξιόπιστη συνεισφορά της προαναφερόμενης ψυχοκοινωνικής μέριμνας σε κοινοτικό πλαίσιο σύμφωνα με τις επιταγές του παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, μέσω της συντεταγμένης εφαρμογής σχετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε κοινοτικό πλαίσιο, της διάδοσης των σχετικών πνευματικών προϊόντων αλλά και της δυναμικής στελέχωσης των υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής μέριμνας με προσωπικό που διαθέτει αξιόπιστη εμπειρογνωμοσύνη ειδικής ψυχοκοινωνικής μέριμνας. Σ' αυτό το πλαίσιο εντάσσονται :

**Α) Υπολογιστικά πρωτότυπα διαγνωστικά 'εργαλεία'**-ήτοι οι πειραματικές 'δοκιμασίες' που θα χορηγηθούν μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή-θα αποτελέσουν μια 'εργαλειοθήκη' σταθμισμένων 'οργάνων' που θα είναι πλέον στη διάθεση οποιουδήποτε ερευνητή θελήσει να επιτελέσει συναφή πειραματική έρευνα.

**Β) Σταθμισμένα ερωτηματολόγια**, τα ερωτηματολόγια θα χρησιμοποιηθούν για πρώτη φορά σε ελληνικό πληθυσμό. Επομένως με το πέρας της παρούσας δράσης η ερευνητική κοινότητα θα έχει στη διάθεσή της αυτά τα ερωτηματολόγια σταθμισμένα πλέον στο εγχώριο πληθυσμό.

(iii) Τη Βάσιμη ενίσχυση πρωτοποριακής έρευνας μέσω της υλοποίησης **διδασκτορικών**.

#### **ΔΡΑΣΗ 8: Ψυχο-εκπαίδευση ιατρών, ασθενών και οικείων φροντιστών**

##### **Παραδοτέα:**

**8.1 Ανάπτυξη ετήσιων προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης** (σε θέματα σχιζοφρένειας, διπολικής διαταραχής, κατάθλιψης, διαταραχές πρόσληψης τροφής, ιδεοψαχαναγκαστική διαταραχή), με τη συμμετοχή (ασθενών, συγγενών, οικογενειών).

**8.2 Ανάπτυξη ετήσιων προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης** (σε θέματα νευρολογικές διαταραχές (Πολλαπλή Σκλήρυνση, νόσος Parkinson, μυασθένεια, άνοια (νόσο Alzheimer και άλλους τύπους άνοιας) , σακχαρώδη διαβήτη, άλλες χρόνιες σωματικές νόσους), με τη συμμετοχή (ασθενών, συγγενών, οικογενειών).

**8.3 Ανάπτυξη 3 ετήσιων προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης** (επαγγελματιών ψυχικής υγείας), με τη συμμετοχή 25-30 επαγγελματιών ψυχικής υγείας

#### **ΔΡΑΣΗ 9: Πάσχοντες από Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες οφειλόμενη σε Φυσικές Καταστροφές**

##### **Παραδοτέα**

**9.1 Ανάπτυξη ομάδας ειδικών ψυχικής υγείας** που θα καλύψει τις ανάγκες διάγνωσης/ψυχολογικής υποστήριξης και θεραπείας των πυρόπληκτων και των μελών του προσωπικού που κλήθηκε να αντιμετωπίσει τις πυρκαγιές του Ιουλίου στην Αττική. Η ομάδα αυτή θα εδρεύει στο Αιγινήτειο νοσοκομείο και θα απαρτίζεται από ένα ψυχίατρο, δύο ψυχολόγους και έναν κοινωνικό λειτουργό. Αξίζει να επισημανθεί ότι ακόμα και μετά το πέρας της δράσης 10 θα είναι διαθέσιμη προς κάλυψη ανάλογων αναγκών ψυχολογικής υποστήριξης/θεραπείας ατόμων που θα πληγούν από ανάλογες φυσικές καταστροφές στο μέλλον.

**9.2 Αποτελέσματα από την εφαρμογή των θεραπειών/ψυχολογικής υποστήριξης** στους πληθυσμούς των πυρόπληκτων και του εξειδικευμένου προσωπικού που ενεπλάκη στην αντιμετώπιση των πυρκαγιών

**Α.** Θεραπευτικό κλινικό όφελος

**Β.** Εκπαίδευση προσωπικού (ενημέρωσή του σε σχέση με τα ευρήματα των υπο-δράσεων 2 και 3 ως προς τις 'μεταλλάξεις' της ηθικής κρίσης και του μηχανισμού λήψης αποφάσεων των πυρόπληκτων και του εξειδικευμένου προσωπικού που ενεπλάκη στην αντιμετώπιση των πυρκαγιών -Σε τομή με τις δράσεις 8 και 9).

#### **ΔΡΑΣΗ 10: Στάσεις του κοινού απέναντι στους πρόσφυγες και υλοποίηση παρεμβάσεων.**

##### **Παραδοτέα**

**10.1 Έρευνα στάσεων**

**10.2 Έκθεση προτεινόμενων εξειδικευμένων παρεμβάσεων**

**10.3 Εκδηλώσεις** επιστημονικού, πολιτιστικού και προ το κοινό

**10.4 Work groups** με τη συμμετοχή ειδικών πληθυσμών (εκπαιδευτικοί, επαγγελματίες υγείας/ψυχικής υγείας, στελέχη υπηρεσιών οργανισμών αυτοδιοίκησης κ.α.)

**10.5 Workshops** με τη συμμετοχή μαθητών δημοτικών σχολείων και γυμνασίων – λυκείων με εξειδικευμένο αντικείμενο το καθένα (δημιουργικό παιχνίδι, εικονογραφημένο παραμύθι, ηλεκτρονικό παιχνίδι κ.λ.π.), ώστε να συν-διαμορφωθούν τα συγκεκριμένα εργαλεία και να αποτελέσουν πόρους ευρύτερης αξιοποίησης.

**10.6 Ενημερωτικό υλικό** αξιοποίησης των social media ή και τα δύο (θα εξειδικευτεί κατά τη διάρκεια ανάπτυξης ης Δράσης)

#### ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΡΑΣΕΩΝ & ΠΑΡΑΔΟΤΕΩΝ

| Τρίμηνα → |      |                                                                                                                      | 1                                                                                                                     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|-----------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| ΦΑΣΗ 1    |      |                                                                                                                      | ΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|           | Φ1.1 | Προκηρύξεις επιλογής εξωτερικών Συνεργατών                                                                           | X                                                                                                                     | X | X | X | X | X | X | X | X | X  | X  |    |
|           | Φ1.2 | Συμβάσεις εξωτερικών Συνεργατών                                                                                      | X                                                                                                                     | X | X | X | X | X | X | X | X | X  | X  |    |
|           | Φ1.3 | Προκηρύξεις για προμήθειες εξοπλισμού & αναλωσίμων κλπ                                                               | X                                                                                                                     | X |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| ΦΑΣΗ 2    |      |                                                                                                                      | ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ του ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ (Παραδοτέα)                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| ΔΡΑΣΗ 1   |      |                                                                                                                      | Πρόγραμμα Εκπαίδευσης και Υποστήριξης ειδικών της Ψυχικής Υγείας για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|           | 1.1  | Τη συνεπή προσέγγιση διαγνωστικών και θεραπευτικών ζητημάτων                                                         |                                                                                                                       |   | X | X | X | X | X | X | X | X  | X  |    |
|           | 1.2  | Έγκυρη & αξιόπιστη συνεισφορά της προαναφερόμενης ψυχοκοινωνικής μέριμνας                                            |                                                                                                                       | X | X | X | X | X | X | X | X | X  | X  | X  |
|           | 1.3  | Τη Βάσιμη ενίσχυση της παραγωγικής έρευνας                                                                           |                                                                                                                       | X | X | X | X | X | X | X | X | X  | X  |    |
| ΔΡΑΣΗ 2   |      |                                                                                                                      | Ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ανθεκτικοί στη θεραπεία                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|           | 2.1  | Οργάνωση της μονάδας της κεταμίνης και του διακρανιακού ερεθισμού                                                    | X                                                                                                                     | X | X | X | X | X | X | X | X | X  | X  | X  |
|           | 2.2  | Αποτελέσματα από την εφαρμογή των θεραπειών                                                                          |                                                                                                                       |   | X |   |   | X |   |   | X |    | X  | X  |
|           | 2.3  | Ανάπτυξη της προαναφερόμενης καινοτόμου κλικο-εργαστηριακής μεθοδολογίας                                             |                                                                                                                       |   | X |   |   | X |   |   | X |    | X  | X  |
| ΔΡΑΣΗ 3   |      |                                                                                                                      | Ασθενείς με νευροαναπτυξιακές διαταραχές                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|           | 3.1  | Ανάπτυξη καινοτόμου κλικο-εργαστηριακής μεθοδολογίας                                                                 | X                                                                                                                     | X | X | X | X | X | X | X | X | X  | X  | X  |
| ΔΡΑΣΗ 4   |      |                                                                                                                      | Ασθενείς με Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) και συναφείς διαταραχές                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|           | 4.1  | Τη συνεπή προσέγγιση διαγνωστικών και θεραπευτικών ζητημάτων                                                         | X                                                                                                                     | X | X | X | X | X | X | X | X | X  | X  | X  |
|           | 4.2  | Έγκυρη & αξιόπιστη συνεισφορά της προαναφερόμενης ψυχοκοινωνικής μέριμνας                                            |                                                                                                                       | X | X | X | X | X | X | X | X | X  | X  |    |
|           | 4.3  | Τη Βάσιμη ενίσχυση πρωτοποριακής έρευνας                                                                             |                                                                                                                       |   | X | X | X | X | X | X | X | X  | X  | X  |
| ΔΡΑΣΗ 5   |      |                                                                                                                      | Ασθενείς σε οξεία φάση φορείς σοβαρών ψυχικών διαταραχών                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|           | 5.1  | Τη συνεπή προσέγγιση διαγνωστικών και θεραπευτικών ζητημάτων Ασθενών σε οξεία φάση φορέων σοβαρών ψυχικών διαταραχών | X                                                                                                                     | X | X | X | X | X | X | X | X | X  | X  |    |

|         |     |                                                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|         | 5.2 | Έγκυρη & αξιόπιστη συνεισφορά της προαναφερόμενης ψυχοκοινωνικής μέριμνας                                                                                            |   | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
|         | 5.3 | Τη Βάσιμη ενίσχυση πρωτοποριακής έρευνας                                                                                                                             |   | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
|         | 5.4 | Συνεισφορά στην μείωση των δαπανών που απορρέουν από τη μη έγκυρη και αξιόπιστη ψυχοκοινωνική μέριμνα                                                                |   | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| ΔΡΑΣΗ 6 |     | Ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), μεταμοσχευθέντες, οικείοι και φροντιστές και Δότες Νεφρών                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|         | 6.1 | Τη συνεπή προσέγγιση διαγνωστικών και θεραπευτικών ζητημάτων ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια                                                                    | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
|         | 6.2 | Έγκυρη & αξιόπιστη συνεισφορά της προαναφερόμενης ψυχοκοινωνικής μέριμνας                                                                                            |   | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
|         | 6.3 | Τη Βάσιμη ενίσχυση πρωτοποριακής έρευνας                                                                                                                             |   |   | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
|         | 6.4 | Συνεισφορά στη μείωση των δαπανών που απορρέουν από τη μη έγκυρη και αξιόπιστη ψυχοκοινωνική μέριμνα                                                                 |   |   | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| ΔΡΑΣΗ 7 |     | Εντοπισμός και στάθμιση των πιθανών επιπτώσεων της εκάστοτε ασθένειας στο ηθικό κρίνειν και τη λήψη αποφάσεων από μέρους των ασθενών, των οικείων και των φροντιστών |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|         | 7.1 | Τον συνεπή εντοπισμό και στάθμιση των πιθανών επιπτώσεων της εκάστοτε ασθένειας                                                                                      | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
|         | 7.2 | Έγκυρη & αξιόπιστη συνεισφορά της προαναφερόμενης ψυχοκοινωνικής μέριμνας                                                                                            |   | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |   |
|         | 7.3 | Τη Βάσιμη ενίσχυση πρωτοποριακής έρευνας                                                                                                                             |   |   | X | X | X | X | X | X | X | X | X |   |
| ΔΡΑΣΗ 8 |     | Ψυχο-εκπαίδευση ιατρών, ασθενών και οικείων φροντιστών.                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|         | 8.1 | Ανάπτυξη ετήσιων προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης (σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, διαταραχές πρόσληψης τροφής, ιδεοψαχαναγκαστική διαταραχή),              | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
|         | 8.2 | Ανάπτυξη ετήσιων προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης (Πολλαπλή Σκλήρυνση, νόσος Parkinson, μυασθένεια, άνοια (νόσο Alzheimer και άλλους τύπους άνοιας)                      | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
|         | 8.3 | Ανάπτυξη ετήσιων προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης (επαγγελματιών ψυχικής υγείας)                                                                                         | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| ΔΡΑΣΗ 9 |     | Πάσχοντες από Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες οφειλόμενη σε Φυσικές Καταστροφές                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|         | 9.1 | Ανάπτυξη ομάδας ειδικών ψυχικής υγείας                                                                                                                               | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |   |
|         | 9.2 | Εφαρμογή των                                                                                                                                                         |   |   | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

|          |      |                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------|------|-----------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|          |      | θεραπειών/ψυχολογικής υποστήριξης (αποτελέσματα)                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ΔΡΑΣΗ 10 |      | Στάσεις του κοινού απέναντι στους πρόσφυγες και υλοποίηση παρεμβάσεων |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|          | 10.1 | Έρευνα στάσεων                                                        | X | X | X | X |   |   |   |   |   |   |   |   |
|          | 10.2 | Έκθεση προτεινόμενων εξειδικευμένων παρεμβάσεων                       |   |   |   | X | X | X |   |   |   |   |   |   |
|          | 10.3 | Εκδηλώσεις                                                            |   |   | X | X | X | X | X | X | X | X | X |   |
|          | 10.4 | Work groups                                                           |   |   | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
|          | 10.5 | Workshop                                                              |   |   | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
|          | 10.5 | Ενημερωτικό Υλικό                                                     | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| ΦΑΣΗ 3   |      | ΔΙΟΙΚΗΣΗ του ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ, ΔΗΜΟΣΙΟΤΗΤΑ και ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|          | Φ3.1 | Τριμηνιαίες εκθέσεις προόδου                                          | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
|          | Φ3.2 | Ενέργειες δημοσιότητας σε Συνέδρια                                    |   |   |   |   | X | X | X | X | X | X | X | X |
|          | Φ3.3 | Ενέργειες δημοσιότητας για το ευρύ κοινό                              | X |   |   |   | X | X |   |   |   |   |   | X |
|          | Φ3.4 | Ημερίδες / Ανοικτές Εκδηλώσεις                                        |   |   |   |   |   | X | X | X | X | X | X | X |
|          | Φ3.5 | Φυλλάδια                                                              | X |   |   |   | X | X | X | X | X | X | X | X |
|          | Φ3.6 | Τελική έκθεση ολοκλήρωσης του Προγράμματος                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | X |

**ΦΑΣΗ 3: ΔΙΟΙΚΗΣΗ του ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ, ΔΗΜΟΣΙΟΤΗΤΑ και ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ****ΣΧΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ, ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΕΡΓΟΥ**

Τη συνολική ευθύνη την έχει ο Επιστημονικός Υπεύθυνος του Προγράμματος.

Επιτροπή Παρακολούθησης ορίζεται – κατά το νόμο – με εκπροσώπους της Περιφέρειας Αττικής και του ΕΚΠΑ.

Στην Επιστημονικές συναντήσεις μπορεί να καλούνται τόσο από το ΕΚΠΑ όσο και από αλλού στελέχη με ειδικές γνώσεις ή γνώσεις σε ένα θέμα ώστε να υπάρχει συνολικότερη αντιμετώπιση. Το Πρόγραμμα θα υλοποιηθεί κατά τις αρχές του ΕΛΚΕ ΕΚΠΑ όπως ισχύουν σήμερα και όπως θα εξελιχτούν στο διάστημα των 36 μηνών.

Κατά τις αρχές λειτουργίας του ΕΛΚΕ κάθε Πρόγραμμα που εντάσσεται στον ΕΛΚΕ ΕΚΠΑ λαμβάνει ένα κωδικό Προγράμματος και είναι συνδεδεμένο με τον Επιστημονικό του Υπεύθυνο.

Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος είναι το μόνο πρόσωπο που «επικοινωνεί» με τον ΕΛΚΕ σε δεσμευτικό επίπεδο.

Αυτός είναι υπεύθυνος να υπογράψει τον προϋπολογισμό του Προγράμματος, τις προκηρύξεις για την πρόσληψη προσωπικού, τις συμβάσεις με το προσωπικό, τις εντολές πληρωμών προσωπικού, τις εντολές προμηθειών, διαγωνισμών κλπ.

Η διαδικασία στον ΕΛΚΕ ΕΚΠΑ είναι κατά το νόμο και στην ιστοσελίδα του ([www.elke.uoa.gr](http://www.elke.uoa.gr)) υπάρχουν όλες οι Ανακοινώσεις και τα έντυπα που πρέπει να υποβάλλονται για κάθε θέμα.

Ένα βασικό πλεονέκτημα του ΕΛΚΕ ΕΚΠΑ είναι ότι έχει τη δυνατότητα να παρέχει στα Προγράμματα του – μετά από απόφαση της Επιτροπής Ερευνών (η οποία είναι το Δ.Σ. του ΕΛΚΕ) – ταμειακές διευκολύνσεις στα Προγράμματα, αφού ελεγχθεί η αξιοπιστία του αιτήματος και η συνέπεια του φορέα χρηματοδότησης.

Στο παρόν Πρόγραμμα οι επιμέρους Επιστημονικοί Υπεύθυνοι θα συνεπικουρούνται από το Διαχειριστή του Προγράμματος, ο οποίος θα επιλεγεί μετά από δημόσια πρόσκληση υποβολής και βασικό του χαρακτηριστικό θα είναι η εμπειρία διαχείρισης σε Προγράμματα του ΕΛΚΕ ΕΚΠΑ.

Ο Διαχειριστής έχει σημαντική θέση στο Πρόγραμμα διότι έχει ευθύνη να συντάσσει τις προκηρύξεις για την επιλογή των στελεχών συνεργατών του Προγράμματος, τα Ιδιωτικά Συμφωνητικά με τα στελέχη του Προγράμματος, τις μηνιαίες εντολές, να υλοποιεί όποιες διαδικασίες είναι απαραίτητες για αντιμετώπιση προβλημάτων ή την τρέχουσα λειτουργία του Προγράμματος.

**Η Δημοσιότητα του Προγράμματος:**

1. Ενημέρωση της Επιστημονικής κοινότητας για τις Δράσεις στην Περιφέρεια Αττικής, με συμμετοχή των Μεταδιδασκόντων, Υποψηφίων Διδασκόντων σε Συνέδρια με δημοσιεύσεις, ανακοινώσεις και ομιλίες (στις ευχαριστίες των παραπάνω θα αναφέρεται η Περιφέρεια Αττικής σαν ο χρηματοδότης του Προγράμματος).
2. Ημερίδες Δημοσιότητας. Προγραμματίζονται τέσσερις (4) ημερίδες στην Αττική προς το ευρύ κοινό. Οι Ημερίδες αυτές θα συνοδεύονται από ενημερωτικά φυλλάδια.
3. Φυλλάδια με μελέτες ή ενημερωτικά που θα εκπονήσουν οι επιμέρους Δράσεις.
4. Ημερίδες ή Ανοιχτές – εξειδικευμένες – εκδηλώσεις για τις ανάγκες των Δράσεων.

**Τριμηνιαίες Εκθέσεις Προόδου,** πρόκειται για αναφορές του Επιστημονικού Υπευθύνου προς της Επιτροπή Παρακολούθησης κάθε 3 μήνες. Η Έκθεση Προόδου περιλαμβάνει την πρόοδο του Προγράμματος στο προηγούμενο τρίμηνο, τα τυχόν προβλήματα που υπήρξαν και οι λύσεις που δόθηκαν.

**Οι καταβολές των δόσεων** προς τον ΕΛΚΕ ΕΚΠΑ συμφωνούνται από κοινού ως εξής (με τη λήξη του 3 μήνου):

| 1ο 3μηνο  | 2ο 3μηνο  | 3ο 3μηνο   | 4ο 3μηνο   | 5ο 3μηνο   | 6ο 3μηνο   | 7ο τρίμηνο | 8ο τρίμηνο |
|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 49.600,00 | 99.200,00 | 148.800,00 | 142.600,00 | 142.600,00 | 142.600,00 | 142.600,00 | 142.600,00 |

| 9 <sup>ο</sup> 3μηνο | 10 <sup>ο</sup> 3μηνο | 11 <sup>ο</sup> 3μηνο | 12 <sup>ο</sup> 3μηνο | ΣΥΝΟΛΟ       |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| 142.600,00           | 142.600,00            | 142.600,00            | 248.258,33            | 1.686.658,33 |

### Παραδοτέα

- Φ3.1** Τριμηνιαίες εκθέσεις προόδου
- Φ3.2** Ενέργειες δημοσιότητας σε Συνέδρια
- Φ3.3** Ενέργειες δημοσιότητας για το ευρύ κοινό (4 ημερίδες σε συνεργασία με την Περιφέρεια Αττικής)
- Φ3.4** Ημερίδες / Ανοικτές Εκδηλώσεις (για τις ανάγκες των δράσεων)
- Φ3.5** Φυλλάδια (γενικά και ειδικά των Δράσεων)
- Φ3.6** Τελική έκθεση ολοκλήρωση του Προγράμματος

## ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

## Σύνολο Προϋπολογισμού

|                                                 | ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ                                          |                                  |                                                            |                                  | Κόστος<br>Προμηθειών | Κόστος<br>Άλλων<br>Άμεσων<br>Δαπανών | Σύνολο<br>Έμμεσων<br>Δαπανών<br>(4%) υπέρ<br>ΕΛΚΕ ΕΚΠΑ | Σύνολο              |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------|
|                                                 | Εκτιμώμενη<br>απασχόληση<br>Τακτικού<br>Προσωπικού | Κόστος<br>Τακτικού<br>Προσωπικού | Εκτιμώμενη<br>απασχόληση<br>Έκτακτου<br>Προσωπικού<br>(ΑΜ) | Κόστος<br>Έκτακτου<br>Προσωπικού |                      |                                      |                                                        |                     |
| Τακτικό<br>(Υφιστάμενο)<br>Προσωπικό            | 13,5                                               | 100.500,00                       |                                                            |                                  |                      |                                      | 4.187,50                                               | 104.687,50          |
| Έκτακτο (Νέο)<br>Προσωπικό (Αξίες<br>Χωρίς ΦΠΑ) |                                                    |                                  | 676,5                                                      | 1.091.800,00                     |                      |                                      | 45.491,67                                              | 1.137.291,67        |
| Προμήθειες (Αξίες<br>Χωρίς ΦΠΑ)                 |                                                    |                                  |                                                            |                                  | 93.500,00            |                                      | 3.895,83                                               | 97.395,83           |
| Δαπάνες<br>Δημοσιότητας                         |                                                    |                                  |                                                            |                                  |                      | 20.000,00                            | 833,33                                                 | 20.833,33           |
|                                                 |                                                    |                                  |                                                            |                                  |                      |                                      |                                                        |                     |
| <b>ΣΥΝΟΛΑ</b>                                   | 13,5                                               | 100.500,00                       | 676,5                                                      | 1.091.800,00                     | 93.500,00            | 20.000,00                            | 54.408,33                                              | <b>1.360.208,33</b> |
|                                                 |                                                    |                                  |                                                            |                                  |                      |                                      | ΦΠΑ                                                    | <b>326.450,00</b>   |
|                                                 |                                                    |                                  |                                                            |                                  |                      |                                      | <b>ΓΕΝΙΚΟ<br/>ΣΥΝΟΛΟ</b>                               | <b>1.686.658,33</b> |

## Τακτικό (Υφιστάμενο) Προσωπικό

| α/α | Ονοματεπώνυμο              | Ειδικότητα               | Τρόπος<br>απασχόλησης:<br>πρόσθετη<br>απασχόληση | Ρόλος                      | Άτομα | Χρονική<br>διάρκεια | Εκτιμώμενη<br>απασχόληση<br>σε Α/Μ | Μικτό<br>Μηνιαίο | Κόστος (€) |
|-----|----------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------|-------|---------------------|------------------------------------|------------------|------------|
| 1   | Χαράλαμπος<br>Παπαγεωργίου | Καθηγητής<br>Ψυχιατρικής | Πρόσθετη<br>απασχόληση                           | Επιστημονικός<br>υπεύθυνος | 1     | ΈΝΑΡΞΗ<br>ΕΡΓΟΥ -   | 6                                  | 3.000,00         | 18.000,00  |



|   |                          |                       |  |                          |               |            |             |          |                   |
|---|--------------------------|-----------------------|--|--------------------------|---------------|------------|-------------|----------|-------------------|
| 2 | Ιωάννης Μπολέτης         | Καθηγητής Νεφρολογίας |  | Επιστημονικός Συνεγάτης  | 1             | + 36 ΜΗΝΕΣ | 2,5         | 3.000,00 | 7.500,00          |
| 3 | Νικόλαος Φράγκος         | Καθηγητής Στατιστικής |  | Επιστημονικός Συνεγάτης  | 1             |            | 2,5         | 3.000,00 | 7.500,00          |
| 4 | Επιστημονικοί Συνεργάτες | Μέλος ΔΕΠ             |  | Επιστημονικοί Συνεργάτες | 9             |            | 2,5         | 3.000,00 | 67.500,00         |
|   |                          |                       |  |                          | <b>Σύνολα</b> |            | <b>13,5</b> |          | <b>100.500,00</b> |

**Έκτακτο (Νέο) Προσωπικό (αξίες χωρίς ΦΠΑ)**

| α/α | Ειδικότητα                                                        | Σχέση Απασχόλησης                         | Τρόπος πρόσληψης/Νομική Βάση      | Άτομα | Χρονική διάρκεια             | Εκτιμώμενη απασχόληση σε Α/Μ | Κόστος (€) / ΑΜ | Κόστος (€) |
|-----|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|-------|------------------------------|------------------------------|-----------------|------------|
| 1   | Βοηθός ΕΥ - Διδάκτωρ                                              | Σύμβαση έργου ή εργασίας ορισμένου χρόνου | Μετά από προκήρυξη και αξιολόγηση | 1     | Έναρξη έργου + 2 - +34 Μήνες | 33                           | 1.800,00        | 59.400,00  |
| 2   | Επιστημονικό Προσωπικό - Ψυχίατροι (μεταδιδάκτορες)               |                                           |                                   | 6     |                              | 204                          | 1.700,00        | 346.800,00 |
| 3   | Επιστημονικό Προσωπικό - Ψυχίατροι (υποψήφιοι Δρ)                 |                                           |                                   | 4     |                              | 136                          | 1.500,00        | 204.000,00 |
| 4   | Επιστημονικό Προσωπικό - Λοιπές Ιατρικές ειδικότητες (Διδάκτορες) |                                           |                                   | 1     |                              | 31                           | 1.700,00        | 52.700,00  |
| 5   | Επιστημονικό Προσωπικό - Λοιπές Ιατρικές ειδικότητες              |                                           |                                   | 1     |                              | 30                           | 1.500,00        | 45.000,00  |
| 6   | Στατιστολόγος *                                                   |                                           |                                   | 1     |                              | 24                           | 600,00          | 14.400,00  |
| 7   | Επιστημονικό Προσωπικό - Ψυχολόγοι                                |                                           |                                   | 4     |                              | 132                          | 1.500,00        | 198.000,00 |
| 8   | Νοσηλεύτες, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Επισκέπτες Υγείας κλπ          |                                           |                                   | 3     |                              | 6                            | 1.100,00        | 19.800,00  |
| 9   | Διαχείριση έργου*                                                 |                                           |                                   | 1     |                              | 33                           | 1.700,00        | 56.100,00  |
| 10  | Διαχείριση έργου**                                                |                                           |                                   | 0,5   |                              | 16,5                         | 800,00          | 13.200,00  |

|    |              |  |   |               |               |          |                     |
|----|--------------|--|---|---------------|---------------|----------|---------------------|
| 11 | Μηχανικοί *  |  | 1 |               | 30            | 1.500,00 | 45.000,00           |
| 12 | Γραμματεία** |  | 1 |               | 34            | 1.100,00 | 37.400,00           |
|    |              |  |   | <b>Σύνολο</b> | <b>676,50</b> |          | <b>1.091.800,00</b> |

\* Επιβάρυνση με ΦΠΑ (δεν συμπεριλαμβάνεται)

\*\* Σύμβαση Εργασίας Ορισμένου χρόνου - Ενιαίο μισθολόγιο

#### Προμήθειες (Αξίες Χωρίς ΦΠΑ)

|                                                    | Διαδικασία<br>Ανάθεσης /<br>Θεσμικό<br>Πλαίσιο        | Μονάδα<br>Μέτρησης      | Ποσότητα | Τιμή<br>Μονάδας | Σύνολο           |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------|----------|-----------------|------------------|
| Θέσεις εργασίας με Η/Υ, εκτυπωτή                   | Διαγωνιστική<br>Διαδικασία<br>βάσει του Ν.<br>4412/16 | Σετ Η/Υ με<br>λογισμικό | 12       | 700,00          | <b>8.400,00</b>  |
| Scanner + εκτυπωτής                                |                                                       | Τεμάχιο                 | 4        | 400,00          | <b>1.600,00</b>  |
| Ηλεκτρονικός Υπολογιστής                           |                                                       | Τεμάχιο                 | 1        | 1.400,00        | <b>1.400,00</b>  |
| Χώρος στο icloud                                   |                                                       | Τεμάχιο                 | 1        | 2.800,00        | <b>2.800,00</b>  |
| Λογισμικό για surveys                              |                                                       | έτη                     | 2,5      | 1.000,00        | <b>2.500,00</b>  |
| Λογισμικό ανάλυσης κίνησης                         |                                                       | Τεμάχιο                 | 1        | 4.000,00        | <b>4.000,00</b>  |
| Λογισμικό κινησιολογικών ασκήσεων                  |                                                       | Τεμάχιο                 | 1        | 3.000,00        | <b>3.000,00</b>  |
| Λογισμικό γνωσικών-νοητικών παιγνιδιών<br>ασκήσεων |                                                       | Τεμάχιο                 | 1        | 4.000,00        | <b>4.000,00</b>  |
| Λογισμικό για webinars                             |                                                       | Τεμάχιο                 | 1        | 3.600,00        | <b>3.600,00</b>  |
| Αναλώσιμα γραφείου, τόνερς, ταχυδρομικά            |                                                       | Μήνες                   | 28       | 150,00          | <b>4.200,00</b>  |
| Διακρανιακός μαγνητικός ερεθιστής                  |                                                       | Τεμάχιο                 | 1        | 24.000,00       | <b>24.000,00</b> |
| Φορητός εγκεφαλογράφος                             |                                                       | Τεμάχιο                 | 1        | 16.000,00       | <b>16.000,00</b> |
| Ανιδραστήρια                                       |                                                       | Τεμάχιο                 | 100      | 110,00          | <b>11.000,00</b> |
| Έταιρεία Αξιολόγησης Δράσης 2                      |                                                       | Εταιρεία                | 1        | 7.000,00        | <b>7.000,00</b>  |
| <b>Σύνολο</b>                                      |                                                       |                         |          |                 | <b>93.500,00</b> |

**Άλλες Δαπάνες (Μέρος των αξιών Χωρίς ΦΠΑ)**

|                                                                                                                        | διάρκεια/ποσότητα | Σύνολο           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|
| Μετακινήσεις σε συνέδρια για παρουσιάσεις των αποτελεσμάτων του έργου, 4 Ημερίδες, διαφημιστικό υλικό, λοιπά φυλλάδια* | 10                | 20.000,00        |
|                                                                                                                        |                   |                  |
| <b>Σύνολο</b>                                                                                                          |                   | <b>20.000,00</b> |

\* Εκτιμάται 1 ταξίδια ανά ερευνητή σε 36 μήνες (συμπεριλαμβάνονται και κόστος δημοσιεύσεων)  
Επίσης, θα υλοποιηθούν 4 ημερίδες δημοσιότητας, φυλλάδια προβολής  
εκυπώσεις φυλλαδίων για τις ανάγκες του προγράμματος  
και ημερίδες/ ανοικτές εκδηλώσεις εξειδικευμένες των Δράσεων

**Έμμεσες Δαπάνες υπέρ του ΕΛΚΕ ΕΚΠΑ**

Είναι το 4% του προϋπολογισμού = 54.408,33 €

**ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΔΡΑΣΗΣ 1**

- (1) Assenza, G.; Pellegrino, G.; Tombini, M.; Di Pino, G.; Di Lazzaro, V. Wakefulness delta waves increase after cortical plasticity induction. *Clin. Neurophysiol.* 2015, 126, 1221–1227. [CrossRef] [PubMed]
- (2) Basar, E. A review of alpha activity in integrative brain function: Fundamental physiology, sensory coding, cognition and pathology. *Int. J. Psychophysiol.* 2012, 86, 1–24. [CrossRef] [PubMed]
- (3) Buzsáki G. Theta rhythm of navigation: link between path integration and landmark navigation, episodic and semantic memory. *Hippocampus*. 2005;15(7):827-40. Review
- (4) Desai, R.; Tailor, A.; Bhat, T. Effects of yoga on brain waves and structural activation: A review. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 2015, 21, 112–118. [CrossRef] [PubMed]
- (5) Halasz, P.; Bodizs, R.; Parrino, L.; Terzano, M. Two features of sleep slow waves: Homeostatic and reactive aspects—From long term to instant sleep homeostasis. *Sleep Med.* 2014, 15, 1184–1195. [CrossRef] [PubMed]
- (6) Kim, S.C.; Lee, M.H.; Jang, C.; Kwon, J.W.; Park, J.W. The effect of alpha rhythm sleep on EEG activity and individuals' attention. *J. Phys. Ther. Sci.* 2013, 25, 1515–1518. [CrossRef] [PubMed]
- (7) Lee, B.G.; Lee, B.L.; Chung, W.Y. Mobile healthcare for automatic driving sleep-onset detection using wavelet-based EEG and respiration signals. *Sensors* 2014, 14, 17915–17936. [CrossRef] [PubMed]
- (8) Neuper, C.; Pfurtscheller, G. Event-related dynamics of cortical rhythms: Frequency-specific features and functional correlates. *Int. J. Psychophysiol.* 2001, 43, 41–58. [CrossRef]
- (9) Palva, S.; Palva, J.M. New vistas for alpha-frequency band oscillations. *Trends Neurosci.* 2007, 30, 150–158.
- (10) Skinner, J.E.; Molnar, M.; Kowalik, Z.J. The role of the thalamic reticular neurons in alpha and gamma oscillations in neocortex: A mechanism for selective perception and stimulus binding. *Acta Neurobiol. Exp.* 2000, 60, 123–142. [PubMed]
- (11) Jia X, Kohn A. Gamma rhythms in the brain. *PLoS Biol.* 2011 Apr;9(4):e1001045. doi: 10.1371/journal.pbio.1001045
- (12) Wang, J.; Barstein, J.; Ethridge, L.E.; Mosconi, M.W.; Takarae, Y.; Sweeney, J.A. Resting state EEG abnormalities in autism spectrum disorders. *J. Neurodev. Disord.* 2013, 5, 24. [CrossRef] [PubMed]
- (13) Ray S, Maunsell JH. Do gamma oscillations play a role in cerebral cortex? *Trends Cogn Sci.* 2015 Feb;19(2):78-85. doi: 10.1016/j.tics.2014.12.002.

**ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΔΡΑΣΗΣ 3**

- (1) Pickles A, Star E, Kazak S, Bolton P, Papanikolaou, A Bailey, R. Goodman, M Rutter. Variable expression of the autism broader phenotype: findings from extended pedigrees *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (2000) 41:491-502
- (2) The Autism Genome Project Consortium (Szatmari P, Paterson AD, Zwaigenbaum L, (...) Papanikolaou K et al). Mapping autism risk loci using genetic linkage and chromosomal rearrangements. *Nature Genetics* (2007) 19(3) 319-328
- (3) Τσιάντης Ι, Παπανικολάου Κ. Διάχυτες Διαταραχές της Ανάπτυξης. Στο «Εισαγωγή στη παιδοψυχιατρική», Ι Τσιάντης (επιμ έκδοσης) Αθήνα, Εκδ Καστανιώτης. (2007), 187-202
- (4) Papanikolaou, K, Paliokosta, E, Houliaras, G, Vgenopoulou, S, Giouroukou, E, Pehlivanidis, A, Tomaras, V, Tsiantis, I: Using the Autism Diagnostic Interview-Revised and the Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic for the Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in a Greek Sample with a Wide Range of Intellectual Abilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders* (2009), 39(3); 4:14-42
- (5) Weiss, L.A., Arking, D.E, Daly M.J, (...), K. Papanikolaou et al. A genome-wide linkage and association scan reveals novel loci for autism. *Nature* 461(2009), 802-808
- (6) Παπανικολάου Κ. Αυτισμός : Ερευνητικά δεδομένα για τον ευρύτερο φαινότυπο σε συγγενείς. Στο «Θέματα Ψυχοκοινωνικής και Ψυχοδυναμικής Παιδοψυχιατρικής», Χριστογιώργος Σ (επιμ εκδ). Εκδ Καστανιώτη Αθήνα, (2010) 569-578
- (7) Kooij S, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Brugue M. C, Carpentier P. J, Edvinsson D, Fayyad J, Foeken K, Fitzgerald M, Gaillac V, Ginsberg Y, Henry C, Krause J, Lensing M. B, Manor I, Niederhofer H, Filipe C.N, Ohlmeier M. D, Oswald P, Pallanti S, Pehlivanidis A, Ramos-Quiroga J.A, Råstam M, Ryffel-Rawak D, Stes S and Asherson P. J. European Consensus Statement on Diagnosis and Treatment of Adult ADHD. (2010), *BMC Psychiatry*, 20:67
- (8) Πεχλιβανίδης Α.. Η εμπειρία από τη μελέτη της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) ενηλίκων στην Ελλάδα *Ψυχιατρική* (2012) 23:Π60-Π65
- (9) Πεχλιβανίδης Α., Σπυροπούλου Α., Γαλανόπουλος Α., Παπαχρήστου Χ, Παπαδημητρίου Γ. Ν. Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) συνεχίζει στους ενήλικες: κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* (2012), 29(5), 562-576

- (10) Παπανικολάου Κ., Φρανσίσ Κ., Πεχλιβανίδης Α. Διαταραχές του φάσματος του αυτισμού στην ενήλικη ζωή. Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι.Α. Λιάππας, Ε. Λύκουρας (επιμ. έκδοσης). «Σύγχρονη Ψυχιατρική». Βήτα (2013), 483-488
- (11) Πεχλιβανίδης Α., Παπανικολάου Κ., Γιαννοπούλου Ι.: Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους Ενήλικες Γ.Ν. Παπαδημητρίου, Ι.Α. Λιάππας, Ε. Λύκουρας (επιμ. έκδοσης). «Σύγχρονη Ψυχιατρική». Βήτα (2013), 745-748
- (12) Ντρε Β., Παπανικολάου Κ., Κοκκώση Μ., Κουρνιανός Ι., Πέππου Λ., Γιαννακόπουλος Γ., Κολαΐτης Γ. (2013). «Επιβάρυνση και ανάγκες οικογενειών που έχουν παιδί με Διαταραχές Φάσματος Αυτισμού», Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου (2013), 78-85
- (13) Pehlivanidis A, Papanikolaou K, Spyropoulou AC, Papadimitriou GN Comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in adult psychiatric outpatients with depressive or anxiety disorders. Int J Psychiatry Clin Pract. (2014),18(4):265-71
- (14) Xenaki, LA, Pehlivanidis A Clinical, neuropsychological and structural convergences and divergences between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Borderline Personality Disorder: A systematic review Personality and Individual Differences (2015), (86)438–449
- (15) Zarokanellou V., Kolaitis G., Vlassopoulos M., Papanikolaou K. Brief report: A pilot study of the validity and reliability of the Greek version of the Social Communication Questionnaire. Research in Autism Spectrum Disorders (2017), 38: 1-5
- (16) Lunskey Y., Paquette-Smith M., Weiss J, Lee J. Predictors of emergency service use in adolescents and adults with autism spectrum disorder living with family BMJ(2014) doi.org/10.1136/emmed—204015
- (17) Lunskey Y, Balogh R, Khodaverdian A et al. A comparison of medical and psychobehavioral emergency department visits made by adults with intellectual disabilities. Emerg Med Int 2012;2012:427407.
- (18) Vohra P., Madhavan S. and Sambamoorthi U., Emergency Department Use among Adults with Autism Spectrum Disorders (ASD) J Autism Dev Disord. 2016 April ; 46(4): 1441–1454.

#### ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΔΡΑΣΗΣ 4

- (1) The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) and the National Collaborating Centre for Mental Health for the identification, treatment and management of Obsessive- Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder for children and adults, checked this guideline in February 2014, Next review: January 2019.
- (2) American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- (3) Fineberg et al Mapping Compulsivity in the DSM-5 Obsessive Compulsive and Related Disorders: Cognitive Domains, Neural Circuitry, and Treatment. *International Journal of Neuropsychopharmacology* (2018) 21(1): 42–58

#### ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΔΡΑΣΗΣ 5

- (1) Murphy, S., Irving, C. B., Adams, C. E., & Driver, R. (2012). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 5, CD001087. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub4>
- (2) Murphy SM<sup>1</sup>, Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Dec 3;(12):CD001087. doi: 10.1002/14651858.CD001087.pub5.
- (3) Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD001087. DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub3.
- (4) NICE Clinical Guidelines Psychosis and Schizophrenia in Adults (Treatment and Management) Updated Edition 2014, No. 178. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014.
- (5) Μ. Μαργαρίτη, Μ. Χατζούλης, Μ. Λαζαρίδου, Γ. Αγγελίδης, Β. Φωτόπουλος, λ. Μαρκάκη, Φ. Κουλούρη. Οι κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας (II): Υπηρεσίες στην κοινότητα και ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Psychiatriki* (2018),29:118-129
- (6) Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες. Κ.Ο.-3: Σχιζοφρένεια: Η σχιζοφρένεια στους ενήλικες: Θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση. Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Αθήνα 2015
- (7) Aiello, G., Horowitz, M., Hepgul, N., Pariante, C.M., Mondelli, V., 2012. Stress abnormalities in individuals at risk for psychosis: a review of studies in subjects with familial risk or with at risk mental state. *Psychoneuroendocrinology* 37, 1600–1613.
- (8) Berger M, Kraeuter AK, Romanik D, Malouf P, Amminger GP, Sarnyai Z. Cortisol awakening response in patients with psychosis: Systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016 Sep;68:157-166

- (9) Bradley Andrew J and Dinan Timothy G A systematic review of hypothalamic–pituitary–adrenal axis function in schizophrenia: implications for mortality. *Psychopharmacol.* 2010 Nov; 24(4\_supplement): 91–118.
- (10) Brenner K, St-Hilaire A, Liu A, Laplante DP, King S. Cortisol response and coping style predict quality of life in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2011 May;128(1-3):23-9.
- (11) Lodge DJ1, Grace AA. *Int J Dev Neurosci.* Developmental pathology, dopamine, stress and schizophrenia. 2011 May;29(3):207-13
- (12) McEwen, B.S., 2000. The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Res.* 886, 172—189.
- (13) Pruessner M, Cullen AE, Aas M, Walker EF. The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017 Feb;73:191-218. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016
- (14) Pruessner M., Cullen A.E., Aas M., Walker E.F. The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 73 (2017) 191–218.
- (15) Walker, E., Mittal, V., Tessner, K., 2008. Stress and the hypothalamic pituitary adrenal axis in the developmental course of schizophrenia. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 4, 189—216.
- (16) Eisner E., Drake R., Lobban F., Buccis., Emsley R., Barrowclough C. (2017) Comparing early signs and basic symptoms as methods for predicting psychotic relapse in clinical practice. *Schizophrenia Research* (Available online 9 May 2017)
- (17) Shah J., Malla A. (2015) Much ado about much: Stress, dynamic biomarkers and HPA axis dysregulation along the trajectory to psychosis. *Schizophrenia Research* 162: 253-260

## ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΔΡΑΣΗΣ 6

- (1) Blaire, R.J.R. (1995) A Cognitive Developmental Approach to Morality: Investigating the Psychopath. *Cognition*, vol. 57(1), pp. 1-29.
- (2) Blaire, R.J.R., Sellars, C., Strickland, I., Clark, F., Williams, A., Smith, M., & Jones, L. (1996) Theory of Mind in the Psychopath. *Journal of Forensic Psychiatry*, vol. 7, pp. 15-25.
- (3) Chaiken, S., Giner-Sorolla, R., & Chen, S. (1996) Beyond Accuracy: Defense and Impression Motives in Heuristic and Systematic Information Processing. In Gollwitzer, P.M. & Bargh, J.A. (Eds.) *The Psychology of Action: Linking Cognition and Motivation to Behavior* (New York: Guilford Press), pp. 553-578.
- (4) Chen, S., Shechter, D., & Chaiken, S. (1996) Getting at the Truth or Getting Along: Accuracy versus Impression-Motivated Heuristic and Systematic Processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 71 (2), pp. 161-175.
- (5) Ciarraelli, E., Braghittoni, D., & di Pellegrino, G. (2012) It Is the Outcome That Counts! Damage to the Ventromedial Prefrontal Cortex Disrupts the Integration of Outcome and Belief Information for Moral Judgment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, vol. 18, pp. 962-971.
- (6) Ciarraelli, E., Miccioli, M., Lådavas, E., & di Pellegrino, G. (2007) Selective Deficit in Personal Moral Judgment Following Following Damage to Ventromedial Prefrontal Cortex. *Social, Cognitive, And Affective Neuroscience*, vol.2, pp. 84-92.
- (7) Damasio, A., Tranel, D., & Damasio, H. (1990) Individuals with Sociopathic Behavior Caused by Frontal Damage Fail to Respond Automatically to Social Stimuli. *Behavioral Brain Research*, vol. 41(2), pp. 81-94.
- (8) de Oliveira-Souza.R., Hare, R.D., Bramati, I.E., Garrido, G.J., Ignácio, F., Tovar-Moll, F., & Moll, J. (2008a) Psychopathy as a Disorder of the Moral Brain: Fronto-Temporo-Limbic Grey Matter Reductions Demonstrated by Voxel-Based Morphology. *NeuroImage*, vol. 40, pp. 1202-1213.
- (9) de Oliveira-Souza, R., Moll, R.J., Ignácio, F., & Hare, R.D. (2008b) Psychopathy in a Civil Psychiatric Outpatient Sample. *Criminal Justice and Behavior*, vol. 35, pp.427-437.
- (10) Glenn, A.L., Iyer, J.G., Koleva, S., & Haidt, J. (2009) Are All Types of Morality Compromised I Psychopathy?. *Journal of Personality*, vol.23, pp. 384-398.
- (11) Glen, A.L., Raine, A., & Schug, R.A. (2009) The Neural Decision Correlates I Moral Decision Making in Psychopathy. *Molecular Psychiatry*, vol. 14, pp. 5-6.
- (12) Greene, J.D., Nystrom, L.E., Engell, A.D., Darley, J.M., & Cohen, J.D. (2004) The Neural Bases of Cognitive Conflict and Control in Moral Judgment. *Neuron*, vol. 44(2), pp.389-400.
- (13) Greene, S., Ralph, M.A., Moll, J., & Stamatakis, E.A., Grafman, J., & Zahn, R. (2010) Selective functional Integration between Anterior Temporal and Distinct Fronto-Mesolimbic Regions during Guilt and Indignation. *NeuroImage*, vol. 52, pp. 1720-1726.
- (14) Greene, J.D., Sommerville, B., Nystrom, L.E., Engell, A.D., Darley, J.M., & Cohen, J.D. (2001) An fMRI Investigation of Emotional Engagement in Moral Judgment. *Science*, vol. 192 (5537), pp. 2105-2108.

- (15) Haidt, J. (2002) The Emotional Dog and Its rational Tail: A Social Intuitionist Approach to Moral Judgment, *Psychological Review*, vol. 108, pp. 814-834.
- (16) Haidt, J. (2006) *The Happiness Hypothesis*. London: Arrow Books
- (17) Haidt, J (2008) The New Synthesis in Moral Psychology. *Science*, vol. 316, pp. 998-1002.
- (18) Haidt, J., & Bjorklund, F. (2008) Social Intuitionists Reason, in Conversation. In Sinnott-Armstrong, W. (Eds.) *Moral Psychology*, vol2: *The Cognitive Science of Morality: Intuition and Diversity*. Cambridge, MA:MIT Press, pp. 241-254.
- (19) Krajbich, I., Adolphs, R., Tranel, D., Denburg, N.L., & Camerer, C.F. (2009) Economic Games Quantify Diminished Sense of Guilt in Patients with Damage to the Prefrontal Cortex. *Journal of Neuroscience*, vol. 29, pp. 2188-2192.
- (20) Mendez, M.F., Chen, A.K., Shapira, J.S. & Miller, B.L. (2005) Acquired Sociopathy and Frontotemporal Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, vol. 20, pp. 99-104.
- (21) Moll, J., de Oliveira-Souza, R., Bramati, I.E., & Grafman, J. (2002) Functional Networks in Emotional Moral and Nonmoral Social Judgments. *NeuroImage*, vol. 16, pp.696-703.
- (22) Moll, J., de Oliveira-Souza, R., Eslinger, P.J., Bramati, I.E., Mourao-Miranda, J., Andreiulo, P.A., & Pessoa, L. (2002b) The Neural Correlates of Moral Sensitivity: A Functional Magnetic Resonance Imaging Investigation of Basic and Moral Emotions. *Journal of Neuroscience*, vol. 22, pp. 2730-2736.
- (23) Moll, J., de Oliveira-Souza, R., Tovar-Moll, F., Bramati, I., Caparelli-Dáquer, M.A., & Eslinger, P.J. (2005) The Moral Affiliations of Disgust: A Functional MRI Study. *Cognitive and Behavioral Neurology*, vol. 18, pp. 68-78.
- (24) Moll, J., Eslinger, P.J., & de Oliveira-Souza, R. (2001) Frontopolar and Anterior Temporal Cortex Activation in a Moral Judgment Task: Preliminary Functional MRI Results in Normal Subjects. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, vol. 59 (3b), pp. 657-664.
- (25) Moll, J., Zahn, R., de Oliveira-Souza, R., Bramati, I.E., Krueger, F., Tura, B., Cavanagh, A.L., & Grafma, J. (2011) Impairment of Prosocial Sentiments Is Associated with Frontopolar and Septal Damage in Frontotemporal Dementia. *NeuroImage*, vol. 54, pp. 1735-1742.
- (26) Moretto, G., Mattioli, E., Làvadas, F., & di Pellegrino, G. (2009) A Psychophysiological Investigation of Moral Judgment after Ventromedial Prefrontal Damage. *Journal of Cognitive Neuroscience*, vol. 22, pp. 1888-1899.
- (27) Richell.R.A., Mitchell, D.G.V., Newman, C., Leonard, A., Baron-Cohen, S., & Blair, R.J.R. (2003) Theory of Mind and Psychopathy: Can Psychopathic Individuals Read the 'Language of the Eyes'? *Neuropsychologia*, vol. 14, pp. 523-526.
- (28) Verplaetse, J. (2009) *Localizing the Moral Sense: Neuroscience and the Search for the Cerebral Seat of Morality*, pp. 1800-1930, New York: Springer.
- (29) Young, L., Bechara, A., Tranel, D., Damasio, H., Hauser, M., & Damasio, A. (2010) Damage to Ventromedial Prefrontal Cortex Impairs Judgment of Harmful Intent. *Neuron*, vol. 65, pp. 845-851.
- (30) Young, L., Cushman, F., Hauser, M., & Saxe, R. (2007) The Neural Basis of the Interaction between Theory of Mind and Moral Judgment. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 104 (20), pp. 8235-8240.
- (31) Young, L., Koenings, M., Kruepke, M., & Newman, J.P. (2012) Psychopathy Increases Perceived Moral Permissibility of Accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 121, pp. 659-667.

## ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΔΡΑΣΗΣ 8

- (1) Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS (2014) Caregiver burden: a clinical review. JAMA. Mar 12;311(10):1052-60.
- (2) Anderson CM, Gerard E, Hogarty GE et al. (1980) Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 490-505.
- (3) Bäuml J, Froböse T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull*.
- (4) Bentzen N, editor. (2003) *WONCA dictionary of general/family practice*. Trondheim, Norway: WONCA International Classification Committee.
- (5) Betancur MN, Lins L, Oliveira IR, et al. (2017) Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. *Brazilian Journal Infective Disorders*.. pii: S1413-8670(16)30659-6.
- (6) Bolat N, Yalçın Ö (2017) Factitious Disorder Presenting with Stuttering in Two Adolescents: The Importance of Psychoeducation. *Noro Psikiyatr Ars*. Mar;54(1):87-89
- (7) Bove DG, Midtgaard J, Kaldan G, et al. (2017) Home-based COPD psychoeducation: A qualitative study of the patients' experiences. *J Psychosom Res*. Jul;98:71-77
- (8) Brownell T, Schrank B, Jakaite Z et al. (2015). Mental health service users experience of positive psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 71:1,85-92.
- (9) Butzlaff LR, Hooley JM (1998). Expressed Emotion and Psychiatric Relapse A Meta-analysis *Arch Gen Psychiatry*.;55(6):547-552

- (10) Cazard F, Ferreri F (2013) Bipolar disorders and comorbid anxiety: prognostic impact and therapeutic challenges Encephale. Feb;39(1):66-74
- (11) Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. (2013) Summary Health Statistics for the U.S. Population: National Health Interview Survey, 2012.
- (12) CINP - Fountoulakis, KN, Grunze H, Vieta E, et al. (2017) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 3: The Clinical Guidelines. Int J Neuropsychopharmacol; 20 (2): 180-195.
- (13) Cole SA, Bird J. (2000). The medical interview: The three-function approach. 2nd ed. St. Louis: Mosby
- (14) Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A et al. (2003a) A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry; 60: 402–407
- (15) Colom F, Vieta E, Reinares M (2003b) Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. J Clin Psychiatry. Sep;64(9):1101-5.
- (16) Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J et al. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomized clinical trial The British Journal of Psychiatry 194, 260–265.
- (17) Cope SR, Smith JG, King T et al. (2017) Evaluation of a pilot innovative cognitive-behavioral therapy-based psychoeducation group treatment for functional non-epileptic attacks. Epilepsy Behav. May;70(Pt A):238-244
- (18) Economou M.P.(2015) Editorial Psychoeducation: A Multifaceted Intervention International Journal of Mental Health Volume 44, 2015 - Issue 4: Psychoeducation for Severe Mental Illness
- (19) Economou M, Palli A, Peppou L, et al. (2011) Recovery from Schizophrenia: A Four-year Study of an Inner City Cohort Community Mental Health Journal December, Volume 47, Issue 6, pp 660–667
- (20) Egan MY, McEwen S, Sikora L, et al. (2013) Rehabilitation following cancer treatment. Disabil Rehabil;35(26):2245-58
- (21) Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW (1984) Family care for schizophrenia: A problem solving approach to the treatment of mental illness, New York: Guilford Press.
- (22) Huis In Het Veld JG, Verkaik R, Mistiaen P, et al.(2015) The effectiveness of interventions in supporting self-management of informal caregivers of people with dementia; a systematic meta review. BMC Geriatr. Nov 11;15:147.
- (23) Kolostoumpis D, Bergiannaki JD, Peppou LE (2015) Effectiveness of relatives psychoeducation on family outcome in Bipolar disorder. International Journal of mental Health, 44, 290-302
- (24) Leff J (1994) Working with the families of schizophrenic patients. Br J Psychiatry, 164 (Suppl 23): 71-76
- (25) Li J, Drury V, Taylor B (2014) A systematic review of the experience of older women living and coping with type 2 diabetes. Int J Nurs Pract. Apr;20(2):126-34
- (26) Magliano L, Fiorillo A (2007) Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade from explanatory to pragmatic trials. Epidemiol Psichiatr Soc, 16: 22-34
- (27) Martino D, Mink JW (2013) Tic disorders. Continuum (Minneapolis). Oct;19(5 Movement Disorders):1287-311.
- (28) Matsuda A, Yamaoka K, Tango T, et al. (2014). Effectiveness of psychoeducational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Qual Life Res. Feb;23(1):21-30
- (29) Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH et al. (1988) Family Factors and the Course of Bipolar Affective Disorder Arch Gen Psychiatry. Mar;45(3):225-31
- (30) Minaire P. (1992) Disease, illness and health: theoretical models of the disablement process. Bull World Health Organ. 70(3): 373–379.
- (31) National Institute for Health and Care Excellence (2016) Bipolar Disorder: The Assessment and Management of Bipolar Disorder in Adults, Children and Young People in Primary and Secondary Care. Clinical Guideline CG185.
- (32) Nussey C, Pistrang N, Murphy T (2013) How does psychoeducation help? A review of the effects of providing information about Tourette syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Care Health Dev. Sep;39(5):617-27
- (33) Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM (2005) The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. Bipolar Disord; 7 (Suppl. 1): 25–32.
- (34) Palli A, Kontoangelos K, Richardson C et al. (2015) Effects of group psychoeducational intervention for family members of people with schizophrenia spectrum disorders: results on family cohesion, caregiver burden and caregiver depressive symptoms. International Journal of mental Health, 44, 277-285
- (35) Parahoo K, McDonough S, McCaughan E et al. (2015). Psychosocial interventions for men with prostate cancer: a Cochrane systematic review. BJU Int. Aug;116(2):174-83.
- (36) Pettersen G, Rosenvinge JH, Wynn R (2011) Eating disorders and psychoeducation--patients' experiences of healing processes. Scand J Caring Sci. Mar;25(1):12-8.
- (37) Pini S, Dell'Osso L, Amador XF, et al. (2003) Awareness of illness in patients with bipolar I disorder with or without comorbid anxiety disorders. Aust N Z J Psychiatry. Jun;37(3):355-61.



- (38) Rabovsky C, Trombini M, Allemann D, Stoppe G (2012) Efficacy of bifocal diagnosis-independent group psychoeducation in severe psychiatric disorders: results from a randomized control trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 262: 431-440
- (39) Robert Wood Johnson Foundation (2010) [www.rwjf.org/pr/product.jsp?id=50968](http://www.rwjf.org/pr/product.jsp?id=50968)
- (40) Rouget BW, Aubry JM (2007) Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. *J Affect Disord*, 98: 11-27
- (41) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Bipolar Disorder (2004) Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of bipolar disorder. *Aust NZ J Psychiatry*; 38: 280–305.
- (42) Rummel-Kluge C. & Kissling W. (2008) Psychoeducation in schizophrenia: New developments and approaches in the field. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 168-172
- (43) Seligman ME, & Csikszentmihalyi M (2000) Positive psychology. *American Psychologist*, 55:1,5-14.
- (44) Seligman ME, Rashid T, & Parks AC (2006) Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61 : 8,774-788.
- (45) Sin NL & Lyubomirsky S (2009) Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65:5,467-487.
- (46) Stewart M. (1995). Patient recall and comprehension after the medical visit. In: Lipkin M, Putnam S, Lazare A, editors. *The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research*. New York NY: Springer-Verlag; pp. 525–9.
- (47) Thompson AL, Young-Saleme TK (2015) Anticipatory Guidance and Psychoeducation as a Standard of Care in Pediatric Oncology. *Pediatr Blood Cancer*. Dec;62
- (48) Tomlinson T. (1986) The physicians influence on patients' choices. *Theoret Med*;7:105–21.
- (49) Tursi MF, Baes CV, Camacho FR et al. (2013) Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. Nov;47(11):1019-31.
- (50) Vaughn C, Leff J. (1976) The Measurement of Expressed Emotion in the Families of Psychiatric Patients *Br J Soc Clin Psychol*. Jun;15(2):157-65
- (51) Viana LV, Gomes MB, Zajdenverg L, et al. (2016) Interventions to improve patients' compliance with therapies aimed at lowering glycated hemoglobin (HbA1c) in type 1 diabetes: systematic review and meta-analyses of randomized controlled clinical trials of psychological, telecare, and educational interventions. *Trials*. Feb 17;17:94.
- (52) Walker C. (2001) Recognising the changing boundaries of illness in defining terms of chronic illness: a prelude to understanding the changing needs of people with chronic illness. *Aust Health Rev*. 24(2):207–14.
- (53) Ward BW, Black LI. (2016) State and Regional Prevalence of Diagnosed Multiple Chronic Conditions Among Adults Aged ≥18 Years — United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*;65:735–738
- (54) Washington KT, Meadows SE, Elliott SG, Koopman RJ. (2011) Information needs of informal caregivers of older adults with chronic health conditions. *Patient Educ Couns*. Apr;83(1):37-44
- (55) WHO (2005a) Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment: WHO Global Report. Geneva:World Health Organization.
- (56) WHO (2005b) The European Health Report 2005. Public Health Actions for Healthier Children and Populations. Copenhagen: World Health Organization.
- (57) Xia, J, Merinder, L.B. & Belgamwar M.R. (2011) Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD002831
- (58) Xiao W, Chow KM, So WK, et al. (2016) The Effectiveness of Psychoeducational Intervention on Managing Symptom Clusters in Patients With Cancer: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Cancer Nurs*. Jul-Aug;39(4):279-91
- (59) Yach D., Hawkes, C, Gould C et al. (2004) The global burden of chronic diseases, *JAMA*, 291: 2616–22.
- (60) Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011) [https://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/diseases\\_el](https://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases_el)
- (61) Οικονόμου Μ. Τριανταφυλλου Ε. Πλουμπίδης (2013) (στο Σύγχρονη Ψυχιατρική Παπαδημητρίου Γ.Ν. Λιάππας Ι.Α. Λύκουρας Ε.) σελ. 653-656. Εκδόσεις Βητα, Αθήνα
- (62) Οικονόμου Μ., Χαρίτση Μ. (2016) Διπολική διαταραχή και οικογένεια Η συμβολή της ψυχοεκπαίδευσης Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 33():1-10
- (63) Σταλίκας, Α., Μυτσκίδου, Π. (2011). Εισαγωγή στη Θετική Ψυχολογία. Αθήνα: Τόπος.

## ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΔΡΑΣΗΣ 9

- (1) Carlier, I., Lamberts, R.D., Van Uchelen, A.J., & Gersons, B. (1998) Disaster related post-traumatic stress in police officers: A field study of the impact of debriefing. *Stress Medicine*, vol. 14, pp. 143-148.
- (2) Chen, S., Xia, W., Li, L., Liu, J., He, Z., Zhang, Z., Yan, L., Zhang, J., & Hu, D. (2006) Grey matter density reduction in the insula in fire survivors with posttraumatic stress disorder: A voxel-based morphometric study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, vol. 146, pp. 65-72.

- (3) Daly, R.J., (1983) Samuel Pepys and Post Traumatic Stress Disorder. *British Journal of Psychiatry*, vol. 143, pp. 64-68.
- (4) Fullerton, C.S., McCarroll, J.E., Ursano, R.J., & Wright, K.M. (1992) Psychological Responses of Rescue Workers: Fire-fighters and Trauma. *Amer. J. Orthopsychiatr*, vol. 62 (3), pp. 371-378.
- (5) Haslam, C., & Mallon, K. (2003) A preliminary investigation of post-traumatic stress symptoms among fire-fighters. *Work & Stress*, vol. 17 (3), pp. 277-285.
- (6) Hedges, K.C., & Shin, L.M. (2011) Functional neuroimaging studies of post-traumatic stress disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, vol. 11 (2), pp. 275-285.
- (7) Li, M., Chen, S., Liu, J., Zhang, J., He, Z., & Lin, X. (2006) Magnetic Resonance Imaging and Magnetic Resonance Spectroscopy Study of Deficits I Hippocampal Structure in Fore Victims With Recent-Onset Posttraumatic Stress Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51 (7), pp. 431-437.
- (8) Maes, M., Delmeire, L., Mylle, J., & Altamura, C. (2001) Risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder (PTSD): alcohol consumption and intoxication prior to traumatic event diminishes the relative risk to develop PTSD in response to that trauma. *Journal of Affective Disorders*, vol. 63, pp. 113-121.
- (9) Maes, M., Delmeire, L., Schotte, C., Janca, A., Creten, T., Mylle, J., Struyf, A., Pison, G., & Rousseeuw, P.J. (1998) Epidemiologic and phenomenological aspects of post-traumatic stress disorder: DSM-III-R diagnosis and diagnostic criteria not validated. *Psychiatry Research*, vol. 81, pp. 179-193.
- (10) Maes, M., Mylle, J., Delmeire, L., & Altamura, C. (2000) Psychiatric morbidity and comorbidity following accidental man-made traumatic events: incidence and risk factors. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 250, pp. 156-162.
- (11) Marsch et al., J.S., Amaya-Jackson, L., Terry, R., & Costanzo, P. (1997) Posttraumatic Symptomatology in Children and Adolescents After an Industrial Fire. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 36 (8), pp. 1080-1088.
- (12) McFarlane, A.C. (1992) Avoidance and intrusion in posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 175, pp. 22-29.
- (13) McFarlane, A.C. (1987) Family functioning and overprotection following a natural disaster: The longitudinal effects of post-traumatic morbidity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 21, pp. 210-218.
- (14) McFarlane, A.C. (1988) The aetiology of posttraumatic stress disorders following natural disaster. *British Journal of Psychiatry*, vol. 152, pp. 116-121.
- (15) Perry, S.(1994) Neurobiological sequelae of childhood trauma: Post-traumatic Stress Disorders in Children. In Murburg, M. (Ed.) *Catecholamine Function in Post Traumatic Stress Disorder: Emerging Concepts*. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 253-176.
- (16) Scogstad, M., Skogstad, M., Lie, A., Conradi, H.S., Heir, T., & Weisaeth, L. (2013) Work-related post-traumatic stress disorder. *Occupational Medicine*, vol. 63, pp. 175-182.
- (17) Scotti, J.R. & Chen, Y.D. (2006) Prevalence of post-traumatic stress disorder in firefighters. *Work & Stress*, vol. 20 (1), pp. 37-48.
- (18) Smith, A. & Roberts, K. (2003) Interventions for post-traumatic stress disorder and psychological distress in emergency ambulance personnel: a review of the literature. *Emerg. Med. Journal*, vol. 20, pp. 75-78.
- (19) Tolin, D.F., & Foa, E.B. (2006) Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review of 25 Years of Research. *Psychological Bulletin*, vol. 132 (6), pp. 959-992.
- (20) Winter, H., & Irle, E. (2004) Hippocampal Volume in Adult Burn Patients With and Without Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, vol. 161, pp. 2194-2200.
- (21) Woon, F.L., Sood, S., & Hedges, D.W. (2010) Hippocampal volume deficits associated with exposure to psychological trauma and posttraumatic stress disorder in adults: A meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, vol. 34, pp. 1181-1188.

#### ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΔΡΑΣΗΣ 10

- (1) Hjerm M. Anti-immigrant attitudes and cross-municipal variations in the proportion of immigrants. *Acta Sociol* 2009;52(1):47-62
- (2) Card D, Dustmann C, Preston I. Understanding attitudes to immigration: the migration and minority module of the first European social survey. CReAM Discussion Paper No. 03/05, 2005.
- (3) Malchow-Moller N, Munch JR, Schroll S, Skaksen JR. Explaining cross-country differences in attitudes towards immigration in the EU-15. *Soc Indic Res* 2009;91:371-90
- (4) Kuntz A, Davidov E, Semyonov M. The dynamic relations between economic conditions and anti-immigrant sentiment: A natural experiment in times of the European economic crisis. *Int J Comp Sociol* 2017 (online publication date: 13-Feb-2017)
- (5) Murray KE, Marx DM. Attitudes toward unauthorized immigrants, authorized immigrants, and refugees. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2013;19(3):332-341
- (6) McKay FH, Thomas SL, Kneebone S. 'It would be okay if they came through the proper channels': Community perceptions and attitudes toward asylum seekers in Australia. *J Refug Stud* 2012;25(1):113-133

- (7) Pew Research Center (July, 2016). Europeans fear wave of refugees will mean more terrorism, fewer jobs. Retrieved from <http://www.pewglobal.org/2016/07/11/europeans-fear-wave-of-refugees-will-mean-more-terrorism-fewer-jobs/>
- (8) diaNEOsis (2016). Greeks and the refugee problem. Retrieved from <http://www.dianeosis.org/en/2016/02/study-greeks-refugee-problem/>
- (9) Λάρισα: Με χορούς και χειροκροτήματα τα πρώτα προσφυγόπουλα σε σχολείο της πόλης (January, 2017) [Larissa: With dances and applause the first refugees were received in city's school]. Retrieved from <http://www.kathimerini.gr/893685/article/epikairothta/ellada/larisa-me-xoroys-kai-xeirokrothmata-ta-prwta-prosfygoypyla-se-sxoleio-ths-polhs-binteo>
- (10) Υπό αστυνομικό κλοιό σχολείο στο Ωραιόκαστρο-Εισαγγελική παρέμβαση μετά τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια (February, 2017) [School in Oreokastro under surveillance –Prosecutor intervention after the recurring episodes]. Retrieved from <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=863407&wordsinarticle=%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%86%CF%85%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CF%8C> [in Greek]

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

| ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ - ΕΘΝΙΚΟΥ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ : «ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ» |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
|                                                                                                                                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 |
| ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ<br>- ΑΠΟΠΛΗΡΩΜΗ                                                                                                                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

Βii) Ορίζει ως εκπροσώπους της Περιφέρειας Αττικής, στην Κοινή Επιτροπή Παρακολούθησης της ανωτέρω προγραμματικής σύμβασης, την Περιφερειακή Σύμβουλο κ. Λαμπρίδου Μαρία ως Πρόεδρο - τακτικό μέλος, με αναπληρωτή της τον Περιφερειακό Σύμβουλο κ. Χρυσικό Φώτιο και την Περιφερειακή Σύμβουλο κ. Αδαμοπούλου – Κουτσογιάννη Αικατερίνη ως τακτικό μέλος, με αναπληρωτή της τον Περιφερειακό Σύμβουλο κ. Δανάκο Χριστόφορο.

**Κατά** της ανωτέρω απόφασης ψήφισε η Περιφερειακή Σύμβουλος κ. Φ. Νικολιδάκη.

**Λευκό** δήλωσαν οι Περιφερειακοί Σύμβουλοι κ.κ. Ι. Μανουσογιαννάκης, Χρ. Αγγελονίδη, Ε. Ζαφειρίου, Α. Βασιλάκη.

**Λευκό ως προς τα μέλη της Επιτροπής Παρακολούθησης** δήλωσε ο Περιφερειακός Σύμβουλος κ. Α. Μαντάς.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Π.Σ.**

**Ο ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Π.Σ.**

**ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΣΧΙΝΑΣ**

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΒΛΑΧΟΣ**