

Ειδικό άρθρο Special article

Αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια διερεύνησης της διπολικότητας

Χ. Τσόπελας,¹ Δ. Κωνσταντινίδου,¹ Α. Δουζένης²

¹Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, ²Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Αττικών», Αθήνα

Ψυχιατρική 2010, 21:226–239

Οι σύγχρονες έρευνες καταδεικνύουν ότι πολύ συχνά οι διπολικές διαταραχές αντιμετωπίζονται αρχικά ως κατάθλιψη, ενώ η ακριβής διάγνωση μπορεί να καθυστερήσει 8–10 χρόνια ή περισσότερο. Ως αποτέλεσμα της καθυστέρησης στη διάγνωση, οι ασθενείς δε λαμβάνουν ικανοποιητική θεραπεία και δεν οδηγούνται σε ύφεση των συμπτωμάτων τους. Το ένα τρίτο περίπου των καταθλιπτικών ασθενών αντιμετωπίζεται στα πλαίσια υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τα δύο τρίτα στα πλαίσια πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Σε ό,τι αφορά στους ψυχιατρικούς ασθενείς που απευθύνονται στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, διάφορες έρευνες υποδεικνύουν ότι η διπολική διαταραχή και ιδιαίτερα η Διπολική Διαταραχή II υποδιαγιγνώσκονται και επομένως δε λαμβάνουν ικανοποιητική θεραπεία με σημαντικές επιπτώσεις στην επαγγελματική και κοινωνική παρουσία των ασθενών. Είναι αυτονόητη η επιτακτική ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία σε ασθενείς με διπολική διαταραχή, έτσι ώστε να μειωθεί ο μεγάλος χρόνος καθυστέρησης στη διάγνωση των διπολικών διαταραχών. Αυτοσυμπληρούμενα από τους ασθενείς ερωτηματολόγια, τα οποία είναι μικρά σε διάρκεια και καλά δομημένα, μπορούν να συμβάλλουν στην έγκαιρη αναγνώριση διαταραχών διπολικού φάσματος σε ασθενείς που προσέρχονται στα Εξωτερικά ιατρεία ή αναζητούν ψυχιατρική βοήθεια. Στην έρευνα αυτή συγκρίνουμε δύο ερωτηματολόγια, το ερωτηματολόγιο Διαταραχής του Θυμικού (MDQ) και τη Λίστα Ελέγχου της Υπομανίας (HCL-32), σχετικά με τις ψυχομετρικές τους ικανότητες και τη δυνατότητα χρήσης τους στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των ατόμων που πάσχουν από διπολική διαταραχή.

Λέξεις ευρετηρίου: διπολική διαταραχή, ερωτηματολόγια, σχιζοφρένεια, ψυχική νόσος, ψυχοπαθολογία

Εισαγωγή

Οι σύγχρονες έρευνες καταδεικνύουν ότι πολύ συχνά οι διπολικές διαταραχές αντιμετωπίζονται αρχικά ως κατάθλιψη, ενώ η ακριβής διάγνωση μπορεί να καθυστερήσει 8–10 χρόνια ή περισσότερο.^{1,2} Ως αποτέλεσμα της καθυστέρησης στη διάγνωση, οι ασθενείς δε λαμβάνουν ικανοποιητική θεραπεία και δεν οδηγούνται σε ύφεση των συμπτωμάτων τους.

Η μονοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά οδηγεί στην ύφεση σε πολύ μικρότερο ποσοστό από ό,τι αρχικά πιστεύαμε-συνήθως σε ποσοστό <45–50% των περιπτώσεων σε ελεγχόμενες δοκιμές.³ Τούτο σημαίνει πως πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς συνεχίζουν να έχουν αρνητικά συμπτώματα που επιμένουν και αυξάνουν τον κίνδυνο υποτροπής. Αν και η ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη είναι επίσης συχνή, η μη διάγνωση της Διπολικής κατάθλιψης είναι η αιτία για πολλές από τις περιπτώσεις κατάθλιψης που ανθίσταται στη συνήθη φαρμακευτική αγωγή και που οδηγεί σε φαρμακοεπαγόμενο μανιακό επεισόδιο.⁴

Το ένα τρίτο περίπου των καταθλιπτικών ασθενών αντιμετωπίζεται στα πλαίσια υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τα δύο τρίτα στα πλαίσια άλλων υπηρεσιών, κυρίως κέντρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπως βρίσκεται στις παρακάτω έρευνες. Ασθενείς με κατάθλιψη αντιμετωπίζονται πολύ συχνά στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ένα περίπου 20% από αυτούς πάσχει από κάποιας μορφής διαταραχή της διάθεσης. Σε μια από τις εγκυρότερες έρευνες που έγιναν τη δεκαετία του '80 και τις αρχές της δεκαετίας του '90, οι Coyne et al⁵ έλαβαν αρχικά ένα δείγμα 1928 ασθενών που περιμεναν στην αίθουσα αναμονής του οικογενειακού τους ιατρού και οι οποίοι πληρούσαν τα κριτήρια για κατάθλιψη κατά DSM-III-R, και με τη βοήθεια της δομημένης κλινικής συνέντευξης (SCID), διαπίστωσαν ύπαρξη Διπολικής Διαταραχής στο 10% των περιπτώσεων των καταθλιπτικών ασθενών που αντιμετωπίστηκαν στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επιπλέον, σύμφωνα με την έρευνα Manning et al,^{6,7} ο επιπολασμός της Διπολικής Διαταραχής, σε δείγμα ασθενών με κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές που αντιμετωπίστηκε σε

πρωτοβάθμια κέντρα περίθαλψης, είναι της τάξεως του 25–30%.

Σε ό,τι αφορά στους ψυχιατρικούς ασθενείς που απευθύνονται στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, διάφορες έρευνες υποδεικνύουν ότι η διπολική διαταραχή και ιδιαίτερα η Διπολική Διαταραχή II υποδιαγιγνώσκονται. Σε μια έρευνα που αφορά σε διπολικούς ασθενείς μέλη του US National Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA),^{1,2} έγινε φανερό ότι το ένα τρίτο των συμμετεχόντων (34%) είχε λάβει θεραπεία για περισσότερα από 10 χρόνια προτού τεθεί η ορθή διάγνωση της διπολικής διαταραχής. Επίσης, σε δύο σταθμισμένες έρευνες^{8,9} με διπολικούς ασθενείς, που περιελάμβανε νοσηλεύομενους αλλά και εξωτερικούς ασθενείς, το ποσοστό των διπολικών ασθενών που είχαν διαγνωσθεί ως μονοπολικοί ήταν περίπου 40%. Στη Γαλλική πολυκεντρική έρευνα EPIDEP (a French national multi-site study),¹⁰ το ποσοστό των ασθενών με Διπολική Διαταραχή II αυξήθηκε από 22% σε 40% όταν έγινε συστηματική αξιολόγηση της υπομανίας. Τέλος, ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας JoBS (Jorvi Bipolar Study),¹¹ που περιελάμβανε 1630 ψυχιατρικούς ασθενείς –εξωτερικούς ή μη– από τρεις μεγάλες πόλεις της Φινλανδίας (ασθενείς με σχιζοφρένεια αποκλείονταν από την έρευνα). Σύμφωνα με αυτή την έρευνα, η πλειοψηφία των ασθενών με Διπολική Διαταραχή II (50,5%) και πολλοί ασθενείς με Διπολική Διαταραχή I (25,5%) είχαν παραμείνει αδιάγνωστοι στο παρελθόν και το υπόλοιπο ποσοστό των ασθενών, χρειάστηκε να περάσουν κατά μέσο όρο 7,8 έτη από το πρώτο επεισόδιο μέχρι την ορθή διάγνωση.

Τα πιθανά αίτια, που οδηγούν στο να υποδιαγιγνώσκονται και επομένως να μη λαμβάνουν ικανοποιητική θεραπεία οι ασθενείς με διπολική διαταραχή, είναι αρκετά. Πρώτον, όπως προκύπτει από έρευνα του Scott J το 2002,¹² οι ίδιοι οι ασθενείς –σε αντίθεση με τα καταθλιπτικά επεισόδια– δε βιώνουν τα υπομανιακά επεισόδια ως δυσφορικά ή παθολογικά και για αυτό το λόγο δεν τα αναφέρουν στον κλινικό ιατρό παρά μόνο εάν ερωτηθούν. Επίσης, πολλές φορές οι κλινικοί δεν κάνουν ευθέως τις σχετικές ερωτήσεις σε ασθενείς που προσέρχονται αιτιώμενοι

κυρίως σοβαρή κατάθλιψη.¹³ Επιπλέον, η αναγνώριση των υπομανιακών επεισοδίων απαιτεί άλλες, πιο κατάλληλες ερωτήσεις από αυτές που εκθέτονται στις διάφορες δομημένες συνεντεύξεις (SCID,CIDI), και τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV και του ICD-10 ίσως να μην είναι τόσο ακριβή και αξιόπιστα όσο πιστεύαμε. Πρόσφατα μια ομάδα ειδικών έφτασε στο συμπέρασμα ότι τα σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια έχουν υψηλή ειδικότητα αλλά χαμηλή ευαισθησία και πως μεγαλύτερη έμφαση στην ύπαρξη κάποιων συμπτωμάτων (όπως το επίπεδο ενεργητικότητας), και όχι τόσο στη διάρκεια των συμπτωμάτων αυτών, μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη αναγνώριση των ασθενών με κίνδυνο εμφάνισης μανιακών και υπομανιακών επεισοδίων (Angst et al 2003a, Hantouce et al 1998).^{10,14}

Όπως είναι αναμενόμενο όλοι οι επιστήμονες δε συμφωνούν με τις προηγούμενες απόψεις, ωστόσο στοιχεία που προκύπτουν από τις νέες έρευνες μας οδηγούν σε μια πιο πολυδιάστατη θεώρηση της υπομανίας και της μανίας. Σε προηγούμενες έρευνες για τις καταθλιπτικές διαταραχές¹⁵⁻¹⁷ αλλά και στη νεότερη έρευνα των Meyer & Keller 2003¹⁸ δε βρέθηκαν στοιχεία που να υποστηρίζουν την ύπαρξη λανθάνοντων τάξεων υπομανίας, όσο στοιχεία για μια πιο πολυδιάστατη δομή των συναισθηματικών διαταραχών στα πλαίσια ενός φάσματος που ξεκινάει από το «φυσιολογικά» ανεβασμένο συναίσθημα μέχρι τα υπομανιακά και μανιακά επεισόδια.^{19,20}

Όπως αποδεικνύεται και από μικρή νατουραλιστική έρευνα,²¹ η μη έγκαιρη διάγνωση της Διπολικής Κατάθλιψης ακολουθείται από σοβαρές επιπτώσεις: περίπου το 55% των ασθενών εμφάνισε υπομανία και το 23% εμφάνισε διπολική διαταραχή με ταχεία εναλλαγή φάσεων, όταν έλαβαν φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά για την αρχική διάγνωση της μονοπολικής κατάθλιψης, με αποτέλεσμα να τεθεί σε κίνδυνο η προσωπική και επαγγελματική υπόσταση των ασθενών. Στο πεδίο της κλινικής πρακτικής και της πρόληψης, πολύ συχνά υπογραμμίζεται ότι το φάσμα των Διπολικών Διαταραχών αντιπροσωπεύει ένα τρομερά αυξημένο κίνδυνο για απόπειρες αυτοκτονίας αλλά και αυτοκτονία.²² Επιπλέον, γνωρίζουμε καλά ότι τα άτομα που πάσχουν από Διπολική Διαταραχή υπόκεινται πολύ

συχνά σε σοβαρές επαγγελματικές απώλειες στο χώρο της εργασίας τους.²³ Τέλος, οι οικονομικές παράμετροι που αφορούν στο φάσμα των διπολικών διαταραχών, μόλις πρόσφατα έχουν αρχίσει να υπολογίζονται. Οι πρώτες έρευνες δείχνουν ότι οι ετήσιες δαπάνες σε ό,τι αφορά τις διπολικές διαταραχές στις ΗΠΑ, κυμαίνεται από 24 έως 30 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως.²⁴ Είναι αυτονόητη επομένως, η επιτακτική ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία σε ασθενείς με διπολική διαταραχή, έτσι ώστε να μειωθεί ο μεγάλος χρόνος καθυστέρησης στη διάγνωση των Διπολικών διαταραχών.

Αυτοσυμπληρούμενα από τους ασθενείς ερωτηματολόγια, τα οποία είναι μικρά σε διάρκεια και καλά δομημένα, μπορούν να συμβάλλουν στην έγκαιρη αναγνώριση διαταραχών διπολικού φάσματος σε ασθενείς που προσέρχονται στα ΕΙ ή αναζητούν ψυχιατρική βοήθεια. Προκύπτει θα λέγαμε επομένως –για τους παραπάνω λόγους– η ανάγκη για την επιλογή και τη χρήση ενός αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου, όπως το MDQ και το HCL-32 ή και άλλων, ως βοηθητικού εργαλείου τόσο στην κλινική πράξη όσο και στις επιδημιολογικές έρευνες.

Το ερωτηματολόγιο διαταραχής θυμικού (MDQ)

Το MDQ ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Α) σχεδιάστηκε από μια ομάδα ψυχιάτρων, ερευνητών και νομικών για να απευθυνθούν στην ανάγκη έγκαιρης και ακριβούς διάγνωσης της διπολικής διαταραχής, που ταλαιπωρεί χρόνια και μπορεί να αποβεί μοιραία αν δεν αντιμετωπιστεί με την κατάλληλη θεραπεία. Το ερωτηματολόγιο χρειάζεται περίπου 5 min για να συμπληρωθεί και μπορεί να μας παρέχει πολλά στοιχεία σε ό,τι αφορά τη διάγνωση και τη θεραπεία. Κλινικές μελέτες έδειξαν ότι το MDQ έχει υψηλό ποσοστό ακρίβειας. Έχει τη δυνατότητα να ανιχνεύσει 7 στα 10 άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή και να αποκλείσει 9 στα 10 άτομα που δεν πάσχουν.²⁵

Μια έρευνα της διεθνούς Depressive and Manic-Depressive Association² –η οποία επαναλήφθηκε το 2000 με ανάλογα αποτελέσματα– αποκάλυψε ότι περίπου 73% ασθενών με διπολική διαταραχή έχουν

λάβει τουλάχιστον μια λανθασμένη διάγνωση και πολλοί από αυτούς χρειάστηκε να περιμένουν πάνω από δέκα χρόνια, από την έναρξη των συμπτωμάτων τους, για να τεθεί η σωστή διάγνωση. Η διεθνής Depressive and Manic-Depressive Association ευελπιστεί ότι το MDQ ερωτηματολόγιο θα μειώσει αυτή την καθυστέρηση στο χρόνο διάγνωσης και θα βοηθήσει περισσότερα άτομα να λάβουν την κατάλληλη αγωγή όταν τη χρειάζονται.

Κλινική χρησιμότητα

- Το MDQ ερωτηματολόγιο είναι ένα σύντομο εργαλείο αυτοαναφοράς που χρειάζεται περίπου 5 min για να συμπληρωθεί.
- Το ερωτηματολόγιο είναι σχεδιασμένο μόνο ως δοκιμασία διαλογής (screening test) και όχι ως διαγνωστικό εργαλείο.
- Θετικό αποτέλεσμα στο τεστ θα πρέπει να ακολουθείται από διαγνωστική αξιολόγηση.

Βαθμολόγηση

Για να βαθμολογηθεί κανείς θετικά για πιθανή διπολική διαταραχή, πρέπει να ισχύουν και τα τρία από τα παρακάτω κριτήρια:

1. «Ναι» σε 7 ή περισσότερα από τα υποερωτήματα στην ερώτηση 1.
2. «Ναι» στην ερώτηση 2.
3. «Μέτριο» ή «σοβαρό» πρόβλημα στην ερώτηση 3.

Το MDQ ερωτηματολόγιο ανιχνεύει γενικά όλο το φάσμα των διπολικών διαταραχών. Όπως όμως θα αναφερθεί και στη συνέχεια, το MDQ είναι πιο κατάλληλο στην ανίχνευση της Διπολικής διαταραχής I (κατάθλιψη και μανία) και δεν έχει την ίδια ευαισθησία στην ανίχνευση της Διπολικής διαταραχής II (κατάθλιψη και υπομανία) και στη μη άλλως προσδιορισμένη (NOS) διπολική διαταραχή.

Η λίστα ελέγχου της υπομανίας (Hypomania Check List) (HCL-32)

Το HCL-32 R1 (Παράρτημα Β) είναι ένα ερωτηματολόγιο με το οποίο ο ίδιος ο εξεταζόμενος αξιολογεί τη διά βίου εμφάνιση συμπτωμάτων υπομανίας. Το ερωτηματολόγιο είναι υπό σχεδιασμό σε πολλές χώρες και είναι διαθέσιμο σε πάνω από 20 γλώσσες.

Μέχρι σήμερα ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών που έχει συγκεντρωθεί είναι από Ιταλία, Σουηδία, Ισπανία, Γερμανία και Ταϊβάν.

Θεωρητικό υπόβαθρο

Στη διάρκεια της ζωής του ο άνθρωπος βιώνει σημαντικές διακυμάνσεις στην ενέργεια, στη δραστηριότητα και στη διάθεση, όπως «χαμηλά επίπεδα» (π.χ: θλίψη, απώλεια, αποστέρηση κ.λπ.) και «υψηλά επίπεδα» (π.χ.: ρομαντικός έρωτας, προσωπική επιτυχία και καταξίωση κ.λπ.). Οι διακυμάνσεις αυτές είναι δυνατόν να διαρκέσουν μικρότερο (ώρες, μέρες) ή και μεγαλύτερο (εβδομάδες, μήνες) χρονικό διάστημα. Όπως αποδεικνύεται, υπάρχει κάποια συνέχεια από τις «φυσιολογικά» χαμηλές και υψηλές διακυμάνσεις της διάθεσης μέχρι την κατάθλιψη/μελαγχολία και την υπομανία/μανία αντίστοιχα.

Στην κλινική πράξη, τα υπομανιακά συμπτώματα συχνά δε διαγιγνώσκονται διότι δε βιώνονται ή δεν αναγνωρίζονται ως «αφύσικα» από τον ασθενή και επομένως δεν αναφέρονται αυθόρμητα στον κλινικό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς που έχουν διάγνωση μονοπολική κατάθλιψη να πάσχουν από διπολική διαταραχή που δεν έχει ταυτοποιηθεί. Το να αναγνωρίσουμε αυτές τις περιπτώσεις διπολικής διαταραχής που διαλάθουν είναι σημαντικό για να εξασφαλίσουμε την κατάλληλη και αποτελεσματική θεραπεία.

Κλινική χρησιμότητα και περιορισμοί

Το HCL-31 R1 ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αξιολογηθεί από τους ίδιους τους ασθενείς η εμπειρία υπομανιακών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια του βίου τους, στο φάσμα από το «φυσιολογικό» στο «παθολογικό».

Επιπλέον, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ανίχνευση (screening) της Διπολικής διαταραχής-II, της ελάσσονος Διπολικής διαταραχής και της υποουδικής υπομανίας. Αν και το HCL-32 R1 ερωτηματολόγιο δεν είναι αρκετό για να βάλουμε τη διάγνωση για τη Διπολική διαταραχή, μπορεί όμως να μας βοηθήσει στην αναγνώριση πιθανών περιπτώσεων διπολικής διαταραχής στην κλινική πράξη ψυχιάτρων, ψυχολόγων και γενικών ιατρών.

Το HCL-32 R1 μπορεί να αποτελέσει εργαλείο των ψυχιάτρων, των ψυχολόγων αλλά και των γενικών ιατρών, και μπορεί να απευθύνεται σε υγιή άτομα και εξωτερικούς ασθενείς. Ωστόσο, το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σχεδιαστεί κυρίως για την ανίχνευση υπομανιακών συμπτωμάτων σε ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με κατάθλιψη (Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, Δυσθυμία, ελάσσονα κατάθλιψη, κυκλοθυμία κ.λπ.).

Ένας από τους περιορισμούς στη χρήση του παραπάνω ερωτηματολογίου είναι πως, από ό,τι φαίνεται, το εργαλείο αυτό είναι ακατάλληλο για αναλόγους και άτομα με δείκτη νοημοσύνης κάτω του φυσιολογικού. Επίσης, τα μέχρι τώρα διαθέσιμα στοιχεία σε ό,τι αφορά ασθενείς που νοσηλεύονται για σοβαρή μανία ή μελαγχολία προέρχονται από ένα μόνο κέντρο στην Ταϊβάν και δεν είναι αρκετά για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Βαθμολογία

Η τελική βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο είναι ο αριθμός των θετικών απαντήσεων στα 32 υποερωτήματα στην ερώτηση 3. Εξεταζόμενοι που έχουν τελικό score πάνω ή και ίσο με 14 είναι πιθανώς διπολικοί και πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά το προηγούμενο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό. Αν είναι δυνατόν, καλό θα είναι να εξετάζονται και σύντροφοι των εξεταζόμενων. Σχολαστική εξέταση ενδείκνυται επίσης σε άτομα του γενικού πληθυσμού, που έχουν τελικό score από 14 και πάνω, ενώ αναφέρουν επιπρόσθετα αρνητικές ή αρνητικές και θετικές συνέπειες των συμπτωμάτων τους π.χ. αντιδράσεις από το περιβάλλον τους. Τονίζεται ότι άτομα με βαθμολογία κάτω από 14 είναι δυνατόν να πάσχουν από διπολική διαταραχή.

Ειδικότητα, ευαισθησία και ικανότητα πρόβλεψης του HCL-32 R1 ερωτηματολογίου

Σε προηγούμενες έρευνες,²⁷⁻²⁹ η θετική και αρνητική δύναμη πρόβλεψης του ερωτηματολογίου ήταν 73% και 61% αντίστοιχα. Αυτό σημαίνει ότι το 73% των ασθενών που αναγνωρίστηκαν με το HCL-32 R1 ως πιθανοί διπολικοί θα πάσχουν όντως από διπολική διαταραχή, ενώ το 63% αυτών που αναγνωρίστηκαν ως μη πάσχοντες στην πραγματικότητα δεν πάσχουν από διπολική διαταραχή. Το ερωτη-

ματολόγιο έχει ευαισθησία 80% και ειδικότητα 51%. Η διάκριση ανάμεσα στη Διπολική διαταραχή-I και στη Διπολική διαταραχή-II αποτελεί ακόμη αντικείμενο έρευνας.

Συζήτηση-Συμπεράσματα

Η σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης των διαταραχών του Διπολικού φάσματος σε ψυχιατρικούς ασθενείς ή/και στο γενικό πληθυσμό είναι προφανής: οι επιπτώσεις από τη λανθασμένη διάγνωση στην προσωπική και επαγγελματική υπόσταση των ασθενών είναι σοβαρές,²¹ συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας και αυτοκτονία,²² και οι οικονομικές παράμετροι που αφορούν στις ετήσιες δαπάνες στη Δημόσια Υγεία επιβαρυντικές.²⁴

Για το συγκεκριμένο σκοπό έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς διάφορα εργαλεία που βοηθούν στην έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών αυτών. Μερικά από αυτά, όπως το ερωτηματολόγιο General Behavioral Inventory²⁶ και η κλίμακα Hypomanic Personality Scale,³⁰ στοχεύουν στην αξιολόγηση ορισμένων μεμονωμένων χαρακτηριστικών και διερευνούν την ύπαρξη συμπτωμάτων στα πλαίσια συγκεκριμένων επεισοδίων. Αν και τα εργαλεία αυτά χρησιμοποιούνται σε κάποιες περιπτώσεις για την αναγνώριση ατόμων που πάσχουν από Διπολική Διαταραχή –σε ένα υποουδικό επίπεδο–³¹⁻³³ είναι πιο κατάλληλα για την αξιολόγηση πιθανών παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών του Διπολικού Φάσματος στο μέλλον στον υποκείμενο πληθυσμό.^{34,35} Άλλα πάλι εργαλεία, όπως η κλίμακα Internal State Scale³⁶ και το ερωτηματολόγιο Self Rating Mania Inventory,³⁷ επικεντρώνονται μόνο στα τρέχοντα συμπτώματα και δεν προσφέρονται επομένως για την αναγνώριση των περιπτώσεων των ασθενών για τους οποίους γίνεται λόγος.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης έρευνα που αφορούσε στο γενικό πληθυσμό στις ΗΠΑ και έγινε για να διαπιστωθεί αν η χρήση δομημένων συνεντεύξεων μας βοηθάει στο να αξιολογήσουμε με ακρίβεια το φάσμα των Διπολικών Διαταραχών.³⁸ Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε η δομημένη συνέντευξη Composite International Diagnostic Interview (CIDI) στα πλαίσια του NCS-R (National Comorbidity Survey Replication) και οι διαγνώσεις σταθμίστηκαν

με την εκδοχή, για μη ασθενείς, της δομημένης κλινικής συνέντευξης για το DSM-IV (SCID). Βρέθηκε πολύ καλή αντιστοιχία ανάμεσα στις δύο συνεντεύξεις για τη Διπολική Διαταραχή I, τη Διπολική Διαταραχή II, την υποουδική Διπολική Διαταραχή και γενικότερα όλο το φάσμα των διπολικών διαταραχών, η αντιστοιχία όμως βρέθηκε χαμηλότερη για τη Διπολική Διαταραχή II και την υποουδική Διπολική Διαταραχή.

Η συνέντευξη CIDI αποδείχθηκε περισσότερο αδιάβλητη από τη συνέντευξη SCID, αποδίδοντας 4,4% διά βίου επιπολασμό για το φάσμα των διπολικών διαταραχών στον πληθυσμό. Σύντομες κλίμακες βασιζόμενες στη συνέντευξη CIDI αναγνώρισαν το 67–96% των πραγματικών περιπτώσεων και είχαν θετική προβλεπτική αξία 31–52%. Από τα αποτελέσματα της έρευνας οι ερευνητές οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα: (α) ότι η δομημένη συνέντευξη CIDI μπορεί να μας προσφέρει τη δυνατότητα εξαγωγής συντηρητικών διαγνώσεων για τη Διπολική Διαταραχή, τόσο σε κλινικό όσο και σε υποουδικό επίπεδο και (β) πως σύντομες κλίμακες που βασίζονται στη δομημένη αυτή συνέντευξη αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για την αναγνώριση των διαταραχών του Διπολικού φάσματος.

Καθώς, όπως έχει στοιχειοθετηθεί από έρευνες,^{1,2} η διάγνωση της Διπολικής Διαταραχής –τόσο σε ψυχιατρικούς ασθενείς όσο και στο γενικό πληθυσμό– μπορεί να καθυστερήσει αρκετά χρόνια και όπως σημειώνεται παραπάνω οι δομημένες συνεντεύξεις και η εξέταση από ειδικό δεν επαρκούν για την έγκαιρη διάγνωση των διαταραχών του Διπολικού φάσματος, ερευνητές συστήνουν τη χρήση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων για το σκοπό αυτό.

Ένα εξειδικευμένο εργαλείο, το οποίο καταρτίστηκε από τον Robert Hirschfeld, MD, of the University of Texas Medical Branch, Galveston, Texas and colleagues και το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την αναγνώριση των διαταραχών του Διπολικού φάσματος, είναι το MDQ ερωτηματολόγιο (Mood Disorder Questionnaire).²⁵ Με βάση το περιεχόμενό του, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μοιάζει να έχει μεγαλύτερη ευαισθησία στην αναγνώριση ατόμων που πάσχουν από Διπολική Διαταραχή I από ό,τι εκείνων που πάσχουν από Διπολική

Διαταραχή II, όπως αυτό αποδεικνύεται και από σχετικές έρευνες.^{39–42} Αρχικά το MDQ χρησιμοποιήθηκε σε ασθενείς της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και έδειξε ευαισθησία 73% και ειδικότητα 90% στην αναγνώριση της Διπολικής Διαταραχής (τα 2/3 του δείγματος έπασχαν από Διπολική Διαταραχή I). Σε έρευνα που έγινε στο γενικό πληθυσμό από τους Hirschfeld et al⁴³ η ευαισθησία του ερωτηματολογίου για τη Διπολική Διαταραχή βρέθηκε να είναι μόνον 28%, ενώ αντίστοιχα η ειδικότητα ανέβηκε στο 97%.

Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε επίσης και στην έρευνα JoBS (Jorvi Bipolar Study)¹¹ και θεωρήθηκε από τους ίδιους τους ερευνητές το ισχυρότερο ατού της έρευνας. Το δείγμα αφορούσε σε 1630 μη-σχιζοφρενείς ψυχιατρικούς ασθενείς (νοσηλευμένους αλλά και εξωτερικούς) σε τρεις πόλεις της Φινλανδίας. Για τις διαγνώσεις των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν οι ημιδομημένες συνεντεύξεις SCID I & SCID II, ενώ το screening για Διπολική Διαταραχή I και Διπολική Διαταραχή II έγινε με τη βοήθεια του MDQ ερωτηματολογίου. Το ενδιαφέρον είναι πως όταν βασιζόμενοι σε πιλοτική έρευνα⁴⁴ αγνόησαν το υποερώτημα 3 του ερωτηματολογίου, αυτό είχε ως αποτέλεσμα να αυξηθεί σημαντικά η ευαισθησία του. Τα αποτελέσματα αυτά επαληθεύτηκαν και από μια άλλη έρευνα των Miller et al.⁴⁵ Η χαμηλότερη όμως ειδικότητα του τροποποιημένου MDQ ερωτηματολογίου οδήγησε σε μεγαλύτερο αριθμό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων, τα οποία έπρεπε να αποκλειστούν από τις δομημένες συνεντεύξεις.

Αρχικές έρευνες που έγιναν στην κοινότητα έδειξαν ότι το απλό αυτό ερωτηματολόγιο μπορεί να φανεί χρήσιμο εργαλείο για την αναγνώριση της Διπολικής Διαταραχής I και της Διπολικής Διαταραχής II στο γενικό πληθυσμό.⁴⁶ Ακολούθως έγινε μια εκτεταμένη έρευνα στην οποία συμμετείχαν πάνω από 100.000 άτομα⁴⁷ για την αναγνώριση της Διπολικής Διαταραχής στο γενικό πληθυσμό. Περίπου το 3,4% των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα αναγνωρίστηκαν ως θετικοί, με ιδιαίτερα υψηλή επίπτωση στις ηλικίες από 18–24 ετών. Έπειτα από τις απαραίτητες μετατροπές, σύμφωνα με τα ποσοστά των μη ανταποκρινόμενων, το ποσοστό της Διπολικής Διαταραχής στο γενικό πληθυσμό

υπολογίστηκε στο 4%. Μόνο το 20% των ατόμων που είχαν θετικό score στο ερωτηματολόγιο είχαν διάγνωση Διπολικής Διαταραχής, ενώ το 30% περίπου ανέφερε ότι είχαν διαγνωσθεί ότι πάσχουν από μονοπολική κατάθλιψη. Τέλος, τα άτομα που είχαν θετικό score στο MDQ ερωτηματολόγιο είχαν σημαντικά σοβαρότερες δυσκολίες στην απόδοσή τους στην εργασία, στις κοινωνικές τους ασχολίες και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις από ό,τι τα άτομα με αρνητικό score.

Θα πρέπει επομένως να σταθμιστούν τα οφέλη και τα μειονεκτήματα του ερωτηματολογίου, και να λάβουμε υπόψη παράγοντες όπως η ευαισθησία και η ειδικότητα, πριν αυτό χρησιμοποιηθεί στην αναγνώριση διαταραχών του Διπολικού φάσματος ιδιαίτερα στο γενικό πληθυσμό.

Η ανάγκη για έγκαιρη αναγνώριση των διαταραχών του διπολικού φάσματος σε ψυχιατρικούς ασθενείς,⁴⁰ οδήγησε τους ερευνητές στην τροποποίηση του ερωτηματολογίου, *Hyromania checklist-20*^{10,48-50} σε ένα πιο τελειοποιημένο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το *Hyromania checklist-32 (HCL-32)*. Ο αρχικός στόχος του ερωτηματολογίου ήταν η αναγνώριση των υπομανιακών στοιχείων σε ασθενείς με Μείζονα Κατάθλιψη που προσέρχονται σε ψυχιατρικές υπηρεσίες και σε υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ώστε να βοηθήσουν τους κλινικούς να διαγνώσουν τη Διπολική Διαταραχή II και άλλες διαταραχές του Διπολικού φάσματος.¹⁴

Στην έρευνα των Angst et al²⁷ χρησιμοποιήθηκαν δύο δείγματα, ένα το οποίο περιελάμβανε εξωτερικούς ασθενείς σε ιδιωτικό ψυχιατρικό κέντρο στην Ιταλία και το δεύτερο ψυχιατρικούς ασθενείς που νοσηλεύονταν στις ψυχιατρικές κλινικές δύο Γενικών Νοσοκομείων της Σουηδίας. Το HCL-32 χρησιμοποιήθηκε αρχικά με στόχο την αυξημένη ικανότητα αναγνώρισης της Διπολικής Διαταραχής II σε άτομα που πληρούν τα κριτήρια για Μείζονα Κατάθλιψη (κατά DSM IV). Τα στοιχεία σε ό,τι αφορά την ειδικότητα και την ευαισθησία του ερωτηματολογίου δείχνουν ότι τελική βαθμολογία από 14 και άνω στο HCL-32, μας δίνει τον καλύτερο συνδυασμό ευαισθησίας (80%) και ειδικότητας (50%) για τη διάκριση ανάμεσα στο φάσμα των Διπολικών Διαταραχών και τη Μείζονα Κατάθλιψη. Το ποσοστό θετικής και αρνητι-

κής πρόβλεψης του ερωτηματολογίου βρέθηκε 73% και 61% αντίστοιχα. Σε ό,τι αφορά την αναγνώριση της Διπολικής Διαταραχής I σε ασθενείς με Μείζονα Κατάθλιψη, βαθμολογία από 2 και άνω στην υποκλίμακα: Λαμβάνει Ρίσκα/Ευερέθιστος του ερωτηματολογίου, μας δίνει ευαισθησία 76%, ειδικότητα 62% και θετική και αρνητική δύναμη πρόβλεψης 76% και 57% αντίστοιχα. Όπως όμως μας δείχνουν τα αποτελέσματα της έρευνας οι υποκλίμακες Ενεργητικός/Επηρεασμένος και Λαμβάνει Ρίσκα/Ευερέθιστος του ερωτηματολογίου, δεν προσφέρουν στη διάκριση ανάμεσα στη Διπολική Διαταραχή I και τη Διπολική Διαταραχή II.

Σε άλλη έρευνα που διεξήχθη στο γενικό πληθυσμό²⁸ χρησιμοποιήθηκαν και πάλι δύο δείγματα: (I) ένα δείγμα N=695 ατόμων που ήταν φοιτητές και εργαζόμενοι σε Γερμανικό πανεπιστήμιο και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο μέσω σύνδεσης στο Διαδίκτυο και (II) δεύτερο δείγμα N=408 τα οποία επιλέχτηκαν τυχαία από δείγμα ατόμων προοπτικής έρευνας που αφορά στο γενικό πληθυσμό της κοινότητας της Betula στη Σουηδία.⁵¹ Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας, ενώ η συνολική βαθμολογία και η βαθμολογία στις δύο υποκλίμακες είναι αρκετή για να γίνει η διάκριση ανάμεσα στη Διπολική Διαταραχή και την Κατάθλιψη σε ψυχιατρικούς ασθενείς,^{27,29} δεν ισχύει το ίδιο και στο γενικό πληθυσμό. Οι ερωτήσεις που αφορούν στη διάρκεια των συμπτωμάτων και πιθανές αρνητικές επιπτώσεις τους (π.χ. αντίδραση από το στενό περιβάλλον του ατόμου) είναι όπως φαίνεται εκείνες που μας δίνουν περισσότερες πληροφορίες για την αναγνώριση των πασχόντων από Διπολική Διαταραχή στα πλαίσια του γενικού πληθυσμού. Έτσι, ενώ υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι άτομα με ιστορικό υπερθυμικών επεισοδίων που διήρκεσαν λίγες μέρες και είχαν αρνητικές επιπτώσεις στην καθημερινότητά τους ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση Διαταραχής της διάθεσης, η έρευνα δεν μπορεί να παρέχει ακριβή στοιχεία για την ευαισθησία και την ειδικότητα του ερωτηματολογίου στη διάκριση Διπολικής και Μονοπολικής Διαταραχής στο γενικό πληθυσμό. Αυτό βέβαια είναι κάτι που μένει ακόμα να ερευνηθεί και να αποδειχθεί σε μελλοντικές έρευνες.

Συγκρίνοντας τα δύο ερωτηματολόγια HCL-32 και MDQ, διαπιστώνουμε πως το πρώτο έχει λίγο υψηλότερη ευαισθησία και λίγο χαμηλότερη ειδικότητα σε σχέση με το δεύτερο στη διάκριση της Διπολικής Διαταραχής από τη Μονοπολική Κατάθλιψη στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Σύμφωνα όμως με τους Zimmermann et al,⁴² το να έχει ένα τέτοιο ερωτηματολόγιο υψηλότερη ευαισθησία από ό,τι ειδικότητα μπορεί να θεωρηθεί πλεονέκτημα.

Επιπλέον, το HCL-32 ερωτηματολόγιο έχει θετική δύναμη πρόβλεψης 73% και αρνητική δύναμη πρόβλεψης 63%, κάτι το οποίο υποδηλώνει πως η δυνατότητα διάκρισης θα μπορούσε να διατηρηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό, αν αυτό χρησιμοποιηθεί στην κοινότητα όπου τα ποσοστά της Διπολικής Διαταραχής είναι χαμηλότερα από ό,τι σε δείγματα ψυχιατρικών ασθενών. Αντίθετα, το MDQ ερωτηματολόγιο φαίνεται να υπολείπεται σε ευαισθησία στο γενικό πληθυσμό,⁴³ με αποτέλεσμα να μην έχει το πλεονέκτημα που διαθέτει το HCL-32 όπως προαναφέρθηκε.

Ένα ακόμα στοιχείο που είναι υπέρ της χρήσης του HCL-32 ερωτηματολογίου είναι πως η παρούσα ψυχική κατάσταση του ατόμου δεν επηρεάζει την αξιολόγηση των υπομανιακών συμπτωμάτων και επομένως το ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις ασθενών με ενεργό ψυχοπαθολογία.⁵²

Βεβαίως το ισχυρότερο πλεονέκτημα του HCL-32 ερωτηματολογίου είναι πως έχει σχεδιαστεί κατά τρόπο που του επιτρέπει τη χρήση του σε διαφορετικές γλώσσες και άρα τη συλλογή στοιχείων από διαφορετικές χώρες και διαφορετικού τύπου δομές.²⁷

Τέλος, σε ό,τι αφορά τη διάκριση ανάμεσα στη Διπολική Διαταραχή I και στη Διπολική Διαταραχή II, διαπιστώνουμε από τις έρευνες ότι το MDQ ερωτηματολόγιο έχει μεγαλύτερη ευαισθησία στην αναγνώριση ατόμων που πάσχουν από Διπολική Διαταραχή I από ό,τι εκείνων που πάσχουν από Διπολική Διαταραχή II.³⁹⁻⁴² Δυστυχώς τα στοιχεία από τις μέχρι τώρα έρευνες δείχνουν ανάλογη αδυναμία και του HCL-32 ερωτηματολογίου στη διάκριση ανάμεσα στους πάσχοντες από Διπολική Διαταραχή I και Διπολική Διαταραχή II.²⁷

Αν και η ανάγκη για έγκαιρη αναγνώριση των διαταραχών του Διπολικού φάσματος σε ψυχιατρικούς

ασθενείς είναι το ίδιο επιτακτική και έχει την ίδια σπουδαιότητα και στη χώρα μας, λείπουν εκείνα τα στοιχεία και οι έρευνες που θα υπηρετήσουν αυτό το σκοπό. Το HCL-32 είναι ένα ευέλικτο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που σύμφωνα με τις μέχρι τώρα έρευνες δύναται να προσφέρει ικανοποιητικά στην αναγνώριση διαταραχών του Διπολικού φάσματος σε ψυχιατρικούς ασθενείς. Δεδομένης της συντομίας του ερωτηματολογίου και του σχεδιασμού του που επιτρέπει τη χρήση του σε διαφορετικές γλώσσες και δομές, το HCL-32 θα μπορούσε κάλλιστα να χρησιμοποιηθεί στα πλαίσια αντίστοιχων ερευνών στην Ελλάδα. Θα ήταν πιθανώς ενδιαφέρον να διαπιστώσουμε κατά πόσο η χρήση του HCL-32 σε ψυχιατρικούς ασθενείς που αναζητούν υπηρεσίες στις διάφορες ιατρικές και ψυχιατρικές δομές της χώρας μας, συμβάλλει στην εγκαίριστη αναγνώριση των ατόμων που πάσχουν από διαταραχές του Διπολικού φάσματος. Το διπλό όφελος από την επίτευξη του στόχου θα είναι να εξασφαλίσει όχι μόνο την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών, αλλά και συνολικότερα υψηλότερη ποιότητα ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα.

Μια άλλη διάσταση του ζητήματος προκύπτει από τη χρήση του ερωτηματολογίου αυτού για την έγκαιρη διάγνωση των διαταραχών του Διπολικού φάσματος σε ασθενείς που προσέρχονται στις διάφορες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, γεγονός που μας επιτρέπει να οδηγηθούμε στην πιο έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και επομένως στα βέλτιστα για τους ασθενείς θεραπευτικά αποτελέσματα.

Η δυνατότητα λοιπόν της χρήσης του HCL-32 ερωτηματολογίου μέσα από ένα πρίσμα νέων εφαρμογών μπορεί να προσφέρει ουσιαστικά στην έγκαιρη διάγνωση των ατόμων που πάσχουν από Διπολική διαταραχή στη χώρα μας και να φέρει τους λειτουργούς της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα ένα βήμα πιο κοντά στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των διαταραχών του Διπολικού φάσματος, βελτιώνοντας παράλληλα την ποιότητα ζωής των ασθενών. Εναπόκειται λοιπόν στους ερευνητές να γίνει στο μέλλον –μέσα από μελέτες– η διερεύνηση και αξιολόγηση των ψυχομετρικών εφαρμογών των ερωτηματολογίων αυτών και στη χώρα μας.

Παράρτημα Α*

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΤΟΥ ΘΥΜΙΚΟΥ (MDQ)

Οδηγίες: Παρακαλούμε απαντήστε την κάθε ερώτηση με τον καλύτερο τρόπο που μπορείτε.

	Ναι	Όχι
1. Υπήρξε ποτέ περίοδος που δεν υπήρξες ο συνηθισμένος σου εαυτός και...		
Ένωσες τόσο καλά ή τόσο ανεβασμένος/η που οι άλλοι πίστευαν πως δεν ήσουν ο κανονικός σου εαυτός ή που ήσουν τόσο ανεβασμένος/η και εξαιτίας αυτού είχες προβλήματα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ήσουν τόσο ευερέθιστος/η που φώναζες σε άλλους ή ξεκίνησες καβγάδες ή διαφωνίες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ένωθες περισσότερη αυτοπεποίθηση από ό,τι συνήθως;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Που κοιμόσουν λιγότερο από ό,τι συνήθως και ανακάλυπτες πως δε σου έλειπε ύπνος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ήσουν πιο ομιλητικός/ή ή μιλούσες πιο γρήγορα από ό,τι συνήθως;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είχες σκέψεις που έτρεχαν στο κεφάλι σου ή να μη μπορούσες να επιβραδύνεις το μυαλό σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είχες εύκολα διάσπαση προσοχής λόγω γεγονότων τριγύρω σου έτσι ώστε να έχεις πρόβλημα να συγκεντρωθείς ή να συνεχίσεις να παρακολουθείς αυτά που συνέβαιναν;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είχες περισσότερη ενέργεια από ό,τι συνήθως;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ήσουν πιο ενεργητικός/ή ή να έκανες πιο πολλά πράγματα από ό,τι συνήθως;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ήσουν περισσότερο κοινωνικός/ή ή εξωστρεφής από ό,τι συνήθως, όπως για παράδειγμα, να τηλεφωνείς σε φίλους στη διάρκεια της νύχτας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ενδιαφερόσουν για το σεξ περισσότερο από ό,τι συνήθως;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έκανες πράγματα που δε τα συνηθίζεις ή οι άλλοι να νόμιζαν πως ήσουν υπερβολικός/ή, ανόητος/ή ή ριψοκίνδυνος/η;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ξόδευες χρήματα και προκαλούσες προβλήματα σε σένα και την οικογένειά σου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Αν απάντησες ΝΑΙ σε περισσότερες από μία από τις παραπάνω ερωτήσεις, έχουν αρκετά από αυτά συμβεί ταυτόχρονα την ίδια περίοδο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Πόσο μεγάλο πρόβλημα σου προκάλεσαν όλα αυτά, όπως να μη μπορείς να δουλέψεις, να κάνεις οικογένεια, να έχεις οικονομικές ή νομικές υποθέσεις ή να μπλέκεις σε διαφωνίες ή καυγάδες; (Παρακαλώ σημειώστε μόνο μια απάντηση)		
<input type="checkbox"/> Κανένα πρόβλημα <input type="checkbox"/> Ασήμαντο πρόβλημα <input type="checkbox"/> Μέτριο πρόβλημα <input type="checkbox"/> Σοβαρό πρόβλημα		
4. Έχει κάποιος από τους εξ αίματος συγγενείς (για παράδειγμα παιδιά, αδέρφια, γονείς, παππούς και γιαγιά, θείες, θείοι) μανιοκαταθλιπτική νόσο ή διπολική διαταραχή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Σας έχει, οποιαδήποτε στιγμή στη ζωή σας, κάποιος επαγγελματίας υγείας πει ότι έχετε μανιοκαταθλιπτική νόσο ή διπολική διαταραχή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Μη επίσημη μετάφραση. Απόδοση στα ελληνικά του ερωτηματολογίου Mood Disorder Questionnaire²⁵

Βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου διαταραχής του θυμικού (MDQ)

Το ερωτηματολόγιο MDQ δημιουργήθηκε από ομάδα ψυχιάτρων, ερευνητών και συμβούλων ασθενών για να αντιμετωπισθεί η κρίσιμη ανάγκη για έγκυρη και αξιόπιστη διάγνωση της διπολικής διαταραχής, η οποία μπορεί να αποβεί μοιραία εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία.

Το ερωτηματολόγιο απαιτεί περίπου πέντε λεπτά για τη συμπλήρωσή του και παρέχει σημαντικά στοιχεία στη διάγνωση και στη θεραπεία. Κλινικές δοκιμές έχουν υποδείξει πως το ερωτηματολόγιο MDQ έχει υψηλά ποσοστά ακρίβειας και μπορεί να υποδείξει επτά στα δέκα άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή και να διαχωρίσει εννέα στα δέκα άτομα που δεν πάσχουν από αυτή.

Πρόσφατη εθνική DMDA έρευνα αποκάλυψε πως περίπου το 70% των ατόμων με διπολική διαταραχή έχουν διαγνωστεί λανθασμένα τουλάχιστον μία φορά και πολλοί από αυτούς χρειάστηκε να περάσουν περισσότερα από 10 χρόνια από όταν ξεκίνησαν τα συμπτώματά τους πριν λάβουν τη σωστή διάγνωση. Η εθνική DMDA ελπίζει πως το ερωτηματολόγιο MDQ θα μειώσει πολύ αυτή την καθυστέρηση και θα βοηθήσει περισσότερους ανθρώπους να λάβουν τη θεραπεία που χρειάζονται, τη στιγμή που τη χρειάζονται.

Το ερωτηματολόγιο MDQ καλύπτει το Φάσμα Διπολικής Διαταραχής (Διπολική I, Διπολική II και Διπολική ΝΠ).

Εάν ο ασθενής απάντησε:

1. «Ναι» σε επτά ή περισσότερες από τις 13 στην ερώτηση Νο 1

ΚΑΙ

2. «Ναι» στην ερώτηση Νο 2

ΚΑΙ

3. «Μέτριο» ή «Σοβαρό» στην ερώτηση Νο 3

έχετε μια θετική διάγνωση. Και τα τρία παραπάνω κριτήρια θα πρέπει να ικανοποιούνται. Μια θετική διάγνωση θα πρέπει να επακολουθείται από περικτική ιατρική εξέταση για το Φάσμα της Διπολικής Διαταραχής.

Παράρτημα Β*

ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΠΟΜΑΝΙΑΣ (HCL-32)

Προσωπικά στοιχεία: Ηλικία: _____ Κέντρο _____
 Άνδρας _____ Γυναίκα _____
 Αριθμός _____

Ενεργητικότητα, δραστηριότητα και διάθεση

Κατά τη διάρκεια της ζωής του κάθε άνθρωπος βιώνει αλλαγές και μεταβολές στην ενεργητικότητα, τη δραστηριότητα και τη διάθεσή του (συνηθίζονται να αποδίδονται αυτές οι αλλαγές στη διάθεση ως «ανεβασμένος» και «πεσμένος» ή «ανεβοκατεβάσματα»). Σκοπός του παρόντος ερωτηματολογίου είναι να εκτιμήσει τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν τις ανεβασμένες περιόδους.

1. Καταρχήν, πώς νιώθεις σήμερα συγκριτικά με τη συνηθισμένη σου κατάσταση;

(Σημείωσε ΜΙΑ μόνο επιλογή)

- | | |
|---|--------------------------|
| Πολύ χειρότερα από ό,τι συνήθως | <input type="checkbox"/> |
| Χειρότερα από ό,τι συνήθως | <input type="checkbox"/> |
| Λίγο χειρότερα από ό,τι συνήθως | <input type="checkbox"/> |
| Ούτε καλύτερα ούτε χειρότερα από ό,τι συνήθως | <input type="checkbox"/> |
| Λίγο καλύτερα από ό,τι συνήθως | <input type="checkbox"/> |
| Καλύτερα από ό,τι συνήθως | <input type="checkbox"/> |
| Πολύ καλύτερα από ό,τι συνήθως | <input type="checkbox"/> |

2. Πώς είσαι συνήθως συγκριτικά με τους άλλους ανθρώπους;

Ανεξάρτητα με το πώς νιώθεις σήμερα, ανέφερε πώς είσαι συνήθως συγκριτικά με τους άλλους ανθρώπους, σημειώνοντας την επιλογή που σε αντιπροσωπεύει καλύτερα.

Συγκριτικά με τους άλλους ανθρώπους, ο βαθμός δραστηριότητας, ενεργητικότητας και διάθεσής μου...

(Σημείωσε ΜΙΑ μόνο επιλογή)

- | | |
|--|--------------------------|
| ...είναι πάντα κυρίως ισορροπημένος και σταθερός | <input type="checkbox"/> |
| Είναι γενικώς υψηλός | <input type="checkbox"/> |
| Είναι γενικώς χαμηλός | <input type="checkbox"/> |
| Διακρίνεται από περιόδους με ανεβοκατεβάσματα | <input type="checkbox"/> |

3. Προσπάθησε να θυμηθείς μία περίοδο κατά την οποία ήσουν ανεβασμένος.

Πώς ένιωθες τότε; Απάντησε στις παρακάτω δηλώσεις ανεξάρτητα από το πώς νιώθεις στην παρούσα φάση.

Όταν βρίσκομαι σε τέτοια φάση:

	Ναι	Όχι
1. Χρειάζομαι λιγότερο ύπνο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Αισθάνομαι περισσότερο ενεργητικός και δραστήριος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Έχω περισσότερη αυτοπεποίθηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Απολαμβάνω τη δουλειά μου περισσότερο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Είμαι πιο κοινωνικός (τηλεφωνώ συχνότερα, βγαίνω έξω περισσότερο)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Θέλω να ταξιδεύω πιο πολύ και/ή ταξιδεύω περισσότερο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Συνηθίζω να οδηγώ πιο γρήγορα ή να οδηγώ πιο ριψοκίνδυνα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ξοδεύω περισσότερα χρήματα/πάρα πολλά χρήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Παίρνω περισσότερα ρίσκα στην καθημερινή μου ζωή (στη δουλειά μου και/ή στις άλλες μου δραστηριότητες)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Είμαι σε πιο δραστήρια φυσική κατάσταση (με σπορ κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Σχεδιάζω περισσότερες δραστηριότητες και εργασίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Έχω περισσότερες ιδέες, είμαι πιο δημιουργικός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Είμαι λιγότερο ντροπαλός ή εσωστρεφής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Φοράω πιο πολύχρωμα και εκκεντρικά ρούχα/βάφομαι πιο έντονα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Θέλω να συναντώ ή εντέλει συναντώ περισσότερους ανθρώπους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Έχω μεγαλύτερο ενδιαφέρον για σεξ, και/ή έχω αυξημένες σεξουαλικές επιθυμίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Φλερτάρω περισσότερο και/ή είμαι περισσότερο ενεργός σεξουαλικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Μιλώ περισσότερο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Σκέφτομαι γρηγορότερα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Όταν μιλάω κάνω περισσότερα λογοπαίγνια ή αστεία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Αφαιρούμαι πιο εύκολα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ασχολούμαι με πολλά καινούργια πράγματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Οι σκέψεις μου πηδάνε από θέμα σε θέμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Κάνω πράγματα πιο γρήγορα και/ή πιο εύκολα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Είμαι περισσότερο ανυπόμονος και/ή νευριάζω πιο εύκολα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Μπορώ να γίνω κουραστικός ή εκνευριστικός στους άλλους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Μπλέκω σε περισσότερες φασαρίες/καυγάδες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Η διάθεσή μου είναι ανεβασμένη, περισσότερο αισιόδοξη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Πίνω περισσότερο καφέ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Καπνίζω περισσότερα τσιγάρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Πίνω περισσότερο αλκοόλ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Παίρνω περισσότερα φάρμακα (ηρεμιστικά, αγχολυτικά, διεγερτικά...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ο αντίκτυπος των ανεβασμένων περιόδων σου σε διάφορους τομείς της ζωής σου: _____

	Θετικός και αρνητικός	Θετικός	Αρνητικός	Κανένας αντίκτυπος
Οικογενειακή ζωή	_____	_____	_____	_____
Κοινωνική ζωή	_____	_____	_____	_____
Εργασία	_____	_____	_____	_____
Διασκέδαση	_____	_____	_____	_____

5. Οι αντιδράσεις και τα σχόλια των συνανθρώπων σου στις ανεβασμένες περιόδους σου.

Πώς σχολιάζουν τη διάθεσή σου ή αντιδρούν σε αυτήν όσοι είναι κοντά σου;

(σημείωσε ΕΝΑ από τα παρακάτω)

- Θετικά (με ενθαρρύνουν ή με υποστηρίζουν)
- Ουδέτερα
- Αρνητικά (ανησυχούν, ενοχλούνται, εκνευρίζονται, κριτικάρουν)
- Θετικά και αρνητικά
- Καμία αντίδραση

6. Ποια είναι κατά κανόνα η διάρκεια των ανεβασμένων περιόδων σου (κατά μέσο όρο)
(σημείωσε ΕΝΑ από τα παρακάτω)
- Μία ημέρα
- 2-3 ημέρες
- 4-7 ημέρες
- Μεγαλύτερη από 1 εβδομάδα
- Μεγαλύτερη από ένα μήνα
- Δεν μπορώ να κρίνω/δεν ξέρω
7. Έχεις βιώσει τέτοιες ανεβασμένες περιόδους τους τελευταίους 12 μήνες;
Ναι Όχι
8. Εάν Ναι, τότε υπολόγισε πόσες ημέρες ήσουν σε ανεβασμένη κατάσταση κατά τη διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών
Όλες μαζί γύρω στις ___ ___ ___ μέρες

*Δημοσιεύεται με την άδεια του Angst J ως επίσημη ελληνική μετάφραση. Για οποιαδήποτε χρήση της θα πρέπει να απευθυνθείτε στον Angst J.

Self-assessment questionnaires for the investigation of bipolarity

Ch. Tsopeles,¹ D. Konstantinidou,¹ A. Douzenis²

¹Psychiatric Hospital of Attica, ²2nd Psychiatric Department, University of Athens, "Attikon" Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2010, 21:226-239

Contemporary research shows that bipolar disorders are very often faced initially as depression, while the precise diagnosis usually delay 8-10 years or more. As a result of this delay in the diagnosis, the patients do not receive appropriate treatment and are not led to recession of their symptoms. Roughly one third of depressed patients are treated at mental health services and two thirds at the primary care health services. Regarding the psychiatric patients that are treated in the secondary and tertiary services of mental health, various researches indicate that the bipolar disorders and especially Bipolar Disorder II are under-diagnosed and consequently they do not receive satisfactory treatment with important repercussions in the professional and social existence of Bipolar Disorders' patients. The imperative need for early diagnosis and treatment in patients with bipolar disorders is obvious, in order to decrease the big time of delay in the diagnosis of Bipolar disorders. Patient self-completed questionnaires, which are small in duration and well structured, can contribute in the early recognition of disorders of bipolar spectrum in patients that are treated at the outpatient clinics. In this bibliographic research we compare two questionnaires (the MDQ and the HCL-32) with regard to their psychometrics faculties and the possibility of use in the early diagnosis and treatment of individuals that suffers from disorders of Bipolar spectrum.

Key words: bipolar disorder, questionnaires, schizophrenia, mental illness, psychopathology

Βιβλιογραφία

- Hirschfeld RMA, Lewis LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003, 64:161-174
- Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RMA. The National Depressive and Manic-Depressive Association(DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994, 31:281-294
- Thase ME, Entsuah AR, Rudolph RL. Remission rates during treatment with venlafaxine or selective serotonin reuptake inhibitors. *Br Psychiatry* 2001, 178:234-241
- Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987, 23:68-73
- Coyne JC, Fetchner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1994, 16:267-276
- Manning JS, Haycal RF, Connor PD et al. On the nature of depressive and anxious states in a family practice setting: the high prevalence of bipolar II and related disorders in a cohort followed longitudinally. *Compr Psychiatry* 1997, 38:102-108
- Manning JS, Zylstra RG, Connor PD et al. Teaching family physicians about mood disorders: a procedure suite for behavioral medicine. *Prim Care Companion* 1999, 1:18-23
- Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou AM et al. Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *J Affect Disord* 1999, 52:135-14
- Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *J Clin Psychiatry* 2000, 61:804-808, quiz 809
- Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S et al. Systematic clinical methodology for validating bipolar II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). *J Affect Disord* 1998, 50:163-173
- Mantere O, Suominen K, Leppamaki S et al. The clinical characteristics of DSM-IV bipolar I and II disorders: baseline findings from the Jorvi Bipolar study (JoBS). *Bipolar Disord* 2004, 6:395-405
- Scott J. *Overcoming Mood Swings*. Constable Robinson. London, 2002:21-36
- Angst J, Gamma A. *Update on Maintenance Treatments for Bipolar disorder. A Data Given Approach*. Barcelona Spain 2002:4-5
- Angst J, Gamma A, Benazzi F et al. Diagnostic issues in bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003a, 13:43-50
- Flett GL. The continuity of depression in clinical and nonclinical samples. *Psychol Bull* 1997, 121:395-496
- Haslam N, Beck AT. Subtyping major depression: a taxometric analysis. *J Abnorm Psychology* 1994, 103:686-692
- Ruscio J, Ruscio AM. Informing the continuity controversy: a taxometric analysis of depression. *J Abnorm Psychology* 2000, 109:473-487
- Meyer TD, Keller F. Is there evidence for a latent class called "hypomanic temperament"? *J Affect Disord* 2003, 75:259-267
- Angst J. Categorical and dimensional perspectives of depression. In: Maj M, Santorius N (eds) *Depressive Disorders*. Vol. I. John Wiley & Sons, Chichester, 1999:54-56
- Korzum A, Moskiva V, Brewster S et al. Familiality of symptom dimensions in depression. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:468-474
- Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *J Clin Psychiatry* 2000, 61:804-808, quiz 809
- Angst J, Gamma A, Sellaro R et al. Recurrence of bipolar disorders and major depression. A life long perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003, 253:236-240
- Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN et al. Depression: a neglected major illness. *J Clin Psychiatry* 1993, 54:419-424
- Simon GE. Social and economic burden of mood disorders. *Biol Psychiatry* 2003, 54:208-215
- Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL et al. Development of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000, 157:1873-1875
- Depue RA, Stater JF, Wolfstetter-Kausch H et al. A behavioral paradigm for identifying at risk for bipolar depressive disorder: a conceptual framework and five validation studies. *J Abnorm Psychol* 1981, 90:381-437
- Angst J, Adolfsson R, Benazzi Franco et al. The HCL-32: Towards a self assessment tool for hypomanic symptoms in out patients. *J Affect Disord* 2005, 88:217-233
- Meyer TD, Hammelstein P, Nilsson LG et al. The Hypomania Checklist (HCL-32): its factorial structure and association to indices of impairment in German and Swedish non clinical samples. *Compr Psychiatry* 2007, 48:79-87
- Carta MG, Hardoy CM, Cadeddu M et al. The accuracy of the Italian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the screening of bipolar disorders and comparison with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in a clinical sample. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006, 2:2
- Eckblad M, Chapman LJ. Development and validation of a scale for hypomanic personality. *J Abnorm Psychol* 1985, 95: 214-222
- Lovejoy MC, Steuerwald BI. Subsyndromal unipolar and bipolar disorders: comparisons on positive and negative affect. *J Abnorm Psychol* 1995, 104:381-384
- Klein DN, Dickstein S, Taylor EB et al. Identifying chronic affective disorders in outpatients: validation of the General Behavior Inventory. *J Consult Clin Psychol* 1989, 57:106-111
- Meyer TD, Hautzinger M. Screening for bipolar disorders using the Hypomanic Personality Scale. *J Affect Disord* 2002, 75:149-154
- Kwapil TR, Miller MB, Zinser C et al. A longitudinal study of high score rs on the Hypomanic Personality Scale. *J Abnorm Psychol* 2000, 109:222-226
- Bletchert J, Meyer TD. Are the scales hypomanic personality, impulsive non conformity and rigidity predictors of bipolar symptoms? *Br J Clin Psychol* 2005, 44:15-27
- Bauer MS, Crits-Cristoph P, Ball WA et al. Independent assessment of manic and depressive symptoms by self rating. *Arch Gen Psychiatry* 1991, 48:807-812
- Shugar G, Schertzer S, Toner BB et al. Development, use, and factor analysis of a self report inventory for mania. *Compr Psychiatry* 1992, 33:325-331
- Kessler RC, Hagop S, Akiskal HS et al. Validity of assessment of Bipolar spectrum disorders in the WHO CIDI 3.0. *J Affect Disord* 2006, 96:259-269
- Benazzi F. Improving the mood disorder questionnaire to detect bipolar II disorder. *Can J Psychiatry* 2003b, 48:770-771 (Letter to the editor)
- Benazzi F, Akiskal HS. Refining the evaluation of bipolar II: beyond the strict SCID-CV guide lines for hypomania. *J Affect Disord* 2003b, 73:33-38
- Mago R. Bipolar disorder questionnaire. *Am J Affect Psychiatry* 2001, 158:1743 (Letter to the editor)

42. Zimmermann M, Posternak MA, Chelminski I et al. Using questionnaires to screen for psychiatric disorders: a comment on a study of screening for bipolar disorders in the community. *J Clin Psychiatry* 2004, 65:605–610
43. Hirschfeld RMA, Calabrese JR, Weissman MM et al. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry* 2003a, 64:53–59
44. Isometsa E, Suominen K, Mantere O et al. The mood disorder questionnaire improves recognition of bipolar disorder in psychiatric care. *BMC Psychiatry* 2003, 3:8
45. Miller C, Berv DA, Rosenquist KJ, Ghaemi SN. Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. *J Affect Disord* 2004, 81:167–171
46. Hirschfeld RM, Holtzer C, Calabrese JR et al. Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *Am J Psychiatry* 2003, 160:178–180
47. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Reed M et al. Impact of bipolar disorder on a US community sample. *J Clin Psychiatry* 2003, 64:425–432
48. Allilaire JF, Hauntouche EG, Sechter D et al. Frequency and clinical aspects of bipolar II disorder in a french multicenter study: EPIDEP. *Encephale* 2001, 27:149–158
49. Angst J. L' hypomanie. A propos d' une cohorte de jeunes. *Encéphale* 1992, 18:23–29
50. Angst J, Gamma, Benazzi F et al. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 2003b, 73:133–146
51. Nilsson LG, Backman L, Erngrund K et al. The Betula prospective study: memory, health and aging. *Aging Neyropsych Cogn* 1997, 4:1–32
52. Benazzi F, Akiskal HS. The dual factor structure of self-rated MDQ hypomania: energized-activity versus irritable-thought racing. *J Affect Disord* 2003a, 73:59–64

Αλληλογραφία: Χ. Τσόπελας, Επιμελητής Α', Ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Τηλ.: 6945 733 371
E-mail: tsopelas@gmail.com