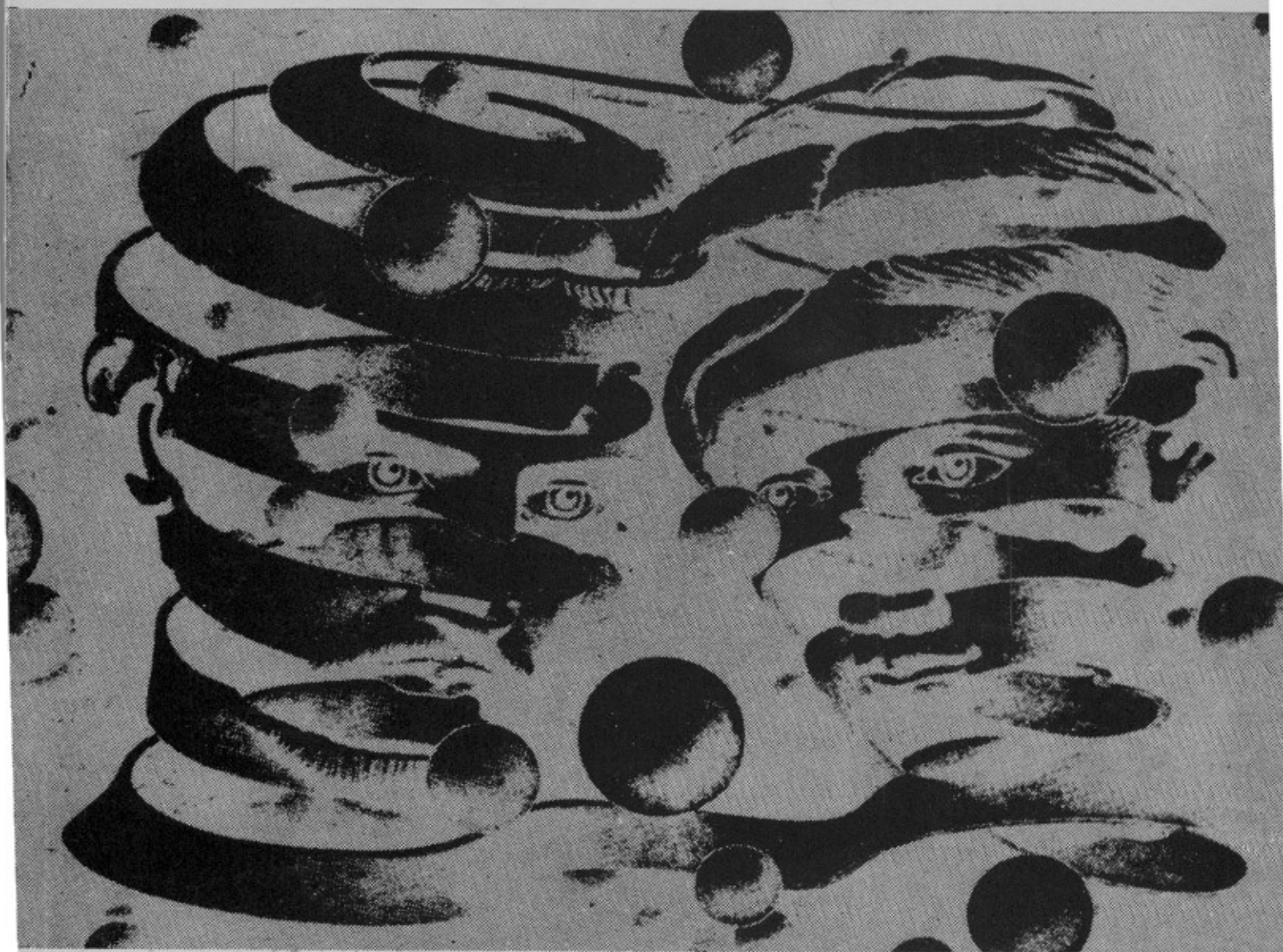


Τετράδια ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΨΝΑ
ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2007 • No 98 • € 6



ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Τεχ. Γραφείο
ΚΕΜΠΤΑ
Αριθμός Άδειας
4544



ΕΛΤΑ
Hellenic Post

Έντυπο κλειστό πριθμός αδείας 414/90
Κωδικός 4320

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Φ. Μωρόγιαννης*

Ψυχοπαθολογία σχετιζόμενη με διαταραχές πρόσληψης τροφής σε μη κλινικό πληθυσμό εφήβων.**



Περίληψη

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η διερεύνηση της πιθανής σχέσης μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των διαστάσεων της ψυχοπαθολογίας με τις παθολογικές συμπεριφορές πρόσληψης τροφής, σε μη κλινικό πληθυσμό εφήβων, μαθητών και μαθητριών Λυκείου.

Με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης συστηματικής δειγματοληψίας, επιλέξαμε από ένα σύνολο 5.874 μαθητών και μαθητριών Λυκείων, ένα δείγμα 856 ατόμων, 700 από αστικά Λύκεια (81,8%), και 156 από Λύκεια χωριών και κωμοπόλεων (18,2%), συνολικά 385 αγόρια (45%) και 471 κορίτσια (55%) ηλικίας 15-20 ετών. Χορηγήσαμε το ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής των 26 ερωτήσεων (Eating Attitudes Test-26, EAT-26) το ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου (Bulimic Investigatory Test Edinburg, BITE) και το ερωτηματολόγιο ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist - 90 Revised, SCL-90R), προκειμένου να διερευνηθούν οι συσχετίσεις μεταξύ παθολογικών συμπεριφορών πρόσληψης τροφής, και των κλιμάκων της ψυχοπαθολογίας. Μελετήθηκαν επίσης και οι συσχετίσεις με κάποιες άλλες παραμέτρους, δημογραφικά στοιχεία και ειδικές συμπεριφορές άσκησης.

Ως προς την επικράτηση της ψυχοπαθολογίας βρέθηκε ότι, 62,2% των κοριτσιών και 43,9% των αγοριών παρουσιάζουν τιμή του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων του SCL-90R μεγαλύτερη της τιμής

κατωφλίου, και συνεπώς εμφανίζουν σε σημαντικό βαθμό ψυχολογική καταπόνηση. Στα κορίτσια που είχαν υψηλή βαθμολογία στο EAT -26 (≥ 20), βρέθηκαν συσχετίσεις, στατιστικά σημαντικές με τις κλίμακες ψυχοπαθολογίας του SCL-90R. Θυμός-Επιθετικότητα, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Κατάθλιψη, Φοβικό άγχος. Άγχος και Ψυχωτισμός.

Στα κορίτσια που είχαν υψηλή βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο της Βουλιμίας (BITE ≥ 25), βρέθηκαν συσχετίσεις με τις κλίμακες ψυχοπαθολογίας του SCL-90R Σωματοποίηση, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Κατάθλιψη, Ψυχωτισμός, Φοβικό άγχος και Θυμός -Επιθετικότητα.

Από το σύνολο των παραμέτρων που μελετήσαμε βρέθηκε ότι η ψυχοπαθολογική διάσταση Θυμός - Επιθετικότητα, η αναζήτηση Συμβουλής για Δίαιτα και η αρνητική εκτίμηση/ αυτοαξιολόγηση του σωματικού βάρους, αποτελούν τους παράγοντες που συμβάλουν στην εκδήλωση Ανορεκτικού τύπου διαταραχών πρόσληψης τροφής. Αντιστοίχως, οι παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση Βουλιμικού τύπου διαταραχών, είναι η υψηλή βαθμολογία στην ψυχοπαθολογική διάσταση Σωματοποίηση, η αναζήτηση Συμβουλής για δίαιτα, και η συστηματική ενασχόληση με το άθλημα της πάλης.

Λέξεις κλειδιά

Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, Ψυχοπαθολογία, Προσωπικότητα.

* Ψυχίατρος, Δρ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Μέλος Ευρ. Συμβουλίου για την αντιμετώπιση των ΔΠΤ (ECED). Ιωάννινα

** (Διάλεξη σε στοργική Τράπεζα με θέμα: "Ψυχοπαθολογία σχετιζόμενη με διαταραχές Πρόσληψης Τροφής σε μη Κλινικό Πληθυσμό" που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, στο 19^ο Συνέδριο της Ε.Ψ.Ε., 4-8 Μαΐου 2006).

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται ότι έχουν αυξηθεί οι παθολογικές συμπεριφορές πρόσληψης τροφής και ιδιαίτερα η Ψυχογενής Ανορεξία, η Ψυχογενής Βουλιμία, η Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας και οι άτυπες μορφές τους, στις νέες γυναίκες εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας που ζουν στις αναπτυγμένες, αλλά και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η συνεχιζόμενη έρευνα που καλύπτει όλο το φάσμα της σύγχρονης ερευνητικής μεθοδολογίας για τις ΔΠΤ, δεν έχει αποδώσει συγκεκριμένη γνώση που να διαφωτίζει την αιτιολογία, την παθογένεια και την θεραπεία των Διαταραχών αυτών.

Η επιδημιολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής στον κόσμο σήμερα είναι: για την Ψυχογενή Ανορεξία :0,5-1.0 % , για την Ψυχογενή Βουλιμία:2% (1-3%) για τις Άτυπες Διαταραχές Διατροφής: 12%(8-23%) ενώ για την Διαταραχή Επεισοδιακής Υπερφαγίας) περίπου 10% (Suzanne Abraham, Derek Llewellyn-Jones, 2001).

Η μελέτη της επιδημιολογίας των διαταραχών πρόσληψης τροφής στους εφήβους σύμφωνα με την έρευνά μας , είχε τα εξής αποτελέσματα:

4 κορίτσια εκ των 471 είναι πιθανόν να πάσχουν από ΨΑ, υπολογίζοντας έτσι ως πιθανή επικράτηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας το 0,85%, καθώς επίσης ότι επιπλέον 6 κορίτσια παρουσίαζαν άτυπες μορφές του συνδρόμου, έτσι ώστε η εκτίμηση επικράτησης των άτυπων μορφών της Ψυχογενούς Ανορεξίας, να είναι συνολικά 1,27%. Αντιστοίχως, η εκτίμηση επικράτησης της Ψυχογενούς Βουλιμίας (ΨΒ)βρέθηκε ότι κυμαίνεται μεταξύ 0,6%-1,1 % στα κορίτσια. Η πιθανή επικράτηση της επεισοδιακής υπερφαγίας,(BED) είναι 20,2% για τα κορίτσια. Τα αποτελέσματα αυτής της εργασίας, έχουν δημοσιευθεί εκτενώς. (Μωρόγιαννης Φ. 2000).

Ως προς τη μεθοδολογία της παρούσης εργασίας, με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης συστηματικής δειγματοληψίας, επιλέξαμε από ένα σύνολο 5.874 μαθητών και μαθητριών όλων των Λυκείων του νομού Ιωαννίνων, ένα τυχαίο δείγμα 856 από των, 700 από τα αστικά Λύκεια της πόλης των Ιωαννίνων (81,8%), και 156 από τα μη αστικά Λύκεια των χωριών και των κωμοπόλεων (18,2%),συνολικά 385 αγόρια (45%) και 471 κορίτσια 55%), ηλικίας 15-20 ετών. Σκοπός ήταν η μελέτη της συσχέτισης

ψυχοπαθολογίας-χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και παθολογικών συμπεριφορών πρόσληψης τροφής σε μη κλινικό πληθυσμό των εφήβων του δείγματος μας.

Θεωρήσαμε τις μεταβλητές Ολική Βαθμολογία του ερωτηματολογίου EAT-26 και Ολική Βαθμολογία του ερωτηματολογίου BITE ως εξαρτημένες και διερευνήσαμε με τη μέθοδο της Λογιστικής Παλινδρόμησης τις παραμέτρους της ψυχοπαθολογίας που επηρεάζουν τις μεταβλητές αυτές, χωριστά για τα αγόρια και τα κορίτσια, με σκοπό να εντοπίσουμε τους παράγοντες που θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως παράγοντες που προδιαθέτουν για την εμφάνιση των ΔΠΤ.

Είναι γνωστό από την Βιβλιογραφία, ότι στην αιτιολογία των διαταραχών πρόσληψης τροφής, εμπλέκονται και αλληλεπιδρούν βιολογικοί παράγοντες (γενετική ευαλωτότητα, θηλυκό γένος, εφηβεία, οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό, ιστορικό σωματικής νόσου π.χ διαβήτη), ψυχολογικοί παράγοντες(χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως ψυχαναγκαστικότητα, τελειοθρία, κοινωνικό άγχος, ανάγκη αυτοελέγχου), ιστορικό τραυματικών εμπειριών (ιστορικό αποχωρισμού, τραυματικά γεγονότα όπως ψυχολογική σεξουαλική ή φυσική κακοποίηση), οικογενειακό ιστορικό ψυχικής διαταραχής(κατάθλιψη, εξάρτηση από αλκοόλ, διαταραχές προσωπικότητας, ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, διπολική συναισθηματική διαταραχή), καθώς και κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την προσωπικότητα και δημιουργούν διαταραχή της εικόνας του σώματος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ψυχοκοινωνικές ανεπίλυτες κρίσεις, επιλογές επαγγέλματος και καριέρας (χορεύτριες, μανεκέν, μοντέλα, αθλήτριες).

Σχέση των χαρακτηριστικών της Προσωπικότητας και της Ψυχοπαθολογίας με διαταραγμένες συμπεριφορές πρόσληψης τροφής

Η συσχέτιση δυσλειτουργικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας με διαταραγμένες συμπεριφορές πρόσληψης τροφής και διαταραγμένες συμπεριφορές ρύθμισης του σωματικού βάρους, είναι ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον πεδίο, τόσο για τους κλινικούς, όσο και για τους ερευνητές.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Είναι γνωστό ότι τα δυσλειτουργικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στα οποία εμπεριέχονται η οριακή ψυχοπαθολογία, η καταθλιπτική δομή της προσωπικότητας, ο οιστριονικός τύπος της προσωπικότητας και η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική προσωπικότητα, θεωρείται ότι συμβάλλουν, σε αλληλεπίδραση με άλλους παράγοντες, στην ανάπτυξη παθολογικών συμπεριφορών πρόσληψης τροφής και παθολογικών συμπεριφορών ρύθμισης του σωματικού βάρους. (Perkins et al 2005).

Ιδιαίτερα έχει θεωρηθεί ότι η συναισθηματική αστάθεια, η παρορμητικότητα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η δυσθυμία, η ψυχαναγκαστικότητα και η τελειοθρία μπορεί να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη των διαταραχών πρόσληψης τροφής (Fairburn et al 2005).

Επιπλέον έχει βρεθεί ότι η συναισθηματική αστάθεια και η δυσθυμία, σχετίζονται με την οριακή παθολογία, την καταθλιπτική δομή της προσωπικότητας, αλλά και τις διαταραχές της διάθεσης γενικώς και ότι αυτά τα χαρακτηριστικά έχουν θεωρηθεί ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη της διαταραχής επεισοδιακής υπερφαγίας η οποία μπορεί να λειτουργεί ως ένα δυσλειτουργικό μοντέλο ρύθμισης και αντιμετώπισης της δυσφορικής συναισθηματικής διάθεσης.

Η ρύθμιση της συναισθηματικής αστάθειας, προδιαθέτει σε αυτές τις περιπτώσεις σε μια έντονη καταναγκαστική συμπεριφορά ή μια συμπεριφορά αποβολής των τροφών που μπορεί να διευκολύνει την αντιμετώπιση της υποκείμενης συναισθηματικής αναστάτωσης, μειώνοντας το άγχος, γύρω από την πιθανή αύξηση του σωματικού βάρους, ή μπορεί να λειτουργεί σαν μια αντίδραση ή ως μια συναισθηματική απόδραση από την ένταση.

Σύμφωνα με το ίδιο μοντέλο, θεωρείται ότι η αρνητική συναισθηματική διάθεση, μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη επανειλημμένων βουλιμικών συμπτωμάτων και γενικότερα διαταραγμένων συμπεριφορών πρόσληψης τροφής. Η έλλειψη αυτοεκτίμησης επίσης είναι πολύ συχνά παρούσα στα άτομα που πάσχουν από καταθλιπτική διαταραχή, καταθλιπτική δομή της προσωπικότητας, που πάσχουν από δυσθυμικές διαταραχές και σε αυτούς που πάσχουν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

Έχει βρεθεί επίσης ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση σχετίζεται με τον κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχών πρόσληψης τροφής και γενικά διαταραχών ρύθμισης του σωματικού βάρους.

Τα άτομα τα οποία πάσχουν από χρόνια έλλειψη αυτοεκτίμησης, μπορεί να αναπτύξουν διαταραχές πρόσληψης τροφής και γενικώς διαταραγμένες συμπεριφορές ρύθμισης του σωματικού βάρους από τη μια πλευρά, επειδή έχουν διαταραγμένη αντίληψη της εικόνας του σώματος ή από την άλλη επειδή υποφέρουν από μια έντονη δυσαρέσκεια από την εικόνα του σώματος τους.

Έχει διαπιστωθεί επίσης ότι ο περιορισμός της πρόσληψης τροφής μέσω της δίαιτας, ή της αποβολής τροφών με σκοπό τη μείωση του σωματικού βάρους, μπορούν να αναπτυχθούν σε κάποιες περιπτώσεις ως αποτέλεσμα της επιθυμίας των ατόμων αυτών να είναι περισσότερο επιθυμητά και να νιώθουν ότι είναι αποδεκτά από τους εαυτούς τους, αλλά και από τους άλλους.

Ένα χαρακτηριστικό που απαντάται στην ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας είναι η τελειοθρία που θεωρείται ότι αυξάνει τον κίνδυνο για ένα μεγάλο φάσμα διαταραγμένων συμπεριφορών πρόσληψης τροφής και διαταραγμένων συμπεριφορών ρύθμισης του σωματικού βάρους.

Η τελειοθρία μπορεί να αυξάνει την πιθανότητα να αναπτυχθεί μια διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας σαν μια προσπάθεια να ρυθμιστεί το άγχος και η κατάθλιψη που μπορεί να αναπτυχθεί ως αποτέλεσμα του να είσαι ανίκανος να ικανοποιήσεις ανεκπλήρωτα και πολύ υψηλά standards. Η τελειοθρία και η ψυχαναγκαστικότητα, ιδιαίτερα όταν συνδυάζονται με την χαμηλή αυτοεκτίμηση, σε μια νέα γυναίκα εφηβικής ή μετεφηβικής ηλικίας, μπορεί επίσης να συμβάλλουν στην ανάπτυξη, τόσο της δίαιτας, της νηστείας, όσο και άλλων διαταραχών συμπεριφοράς ρύθμισης του σωματικού βάρους.

Η παρορμητικότητα, μια μορφή διαταραγμένης συμπεριφοράς που απαντάται συχνά στην αντικοινωνική και στην οριακή ψυχοπαθολογική δομή της προσωπικότητας, μπορεί επίσης να θεωρηθεί ένας παράγοντας κινδύνου, για την ανάπτυξη επεισοδίων υπερφαγίας και περιοριστικών καταναγκαστικών συμπεριφορών αποβολής των τροφών.

Τα άτομα με μειωμένο έλεγχο των ενορμήσεων

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

μπορούν να έχουν δυσκολίες να αναστείλουν την επιθυμία να συνεχίσουν να τρώνε, ακόμη και όταν η όρεξη τους έχει σταματήσει, εξαιτίας της αδυναμίας διαχωρισμού των αισθημάτων χορτασμού και κορεσμού.

Επιπρόσθετα αυτά τα άτομα είναι πιθανόν να υιοθετήσουν παρορμητικές συμπεριφορές αποβολής των τροφών, όπως την αποβολή των τροφών με εμετους, ή τη λήψη φαρμάκων (καθαρτικών, διουρητικών, εμετικών) για την ρύθμιση του σωματικού βάρους με σκοπό να καταστείλουν αυτήν την παθολογική τους τάση για υπερβολική πρόσληψη τροφής.

Συμπερασματικά, η συναισθηματική αστάθεια, η παρορμητικότητα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η ψυχαναγκαστικότητα και η τελειοθηρία θεωρούνται τα χαρακτηριστικά εκείνα της προσωπικότητας τα οποία παρατηρούνται στους πάσχοντες από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής.

Πιο ειδικά ως προς την σχέση Προσωπικότητας και Ψυχογενούς Ανορεξίας, σύμφωνα με μια κλινική παρατήρηση (Wonderlich 1995) περιγράφονται

τρεις τύποι προσωπικότητας :α)Ψυχαναγκαστική προσωπικότητα χωρίς σοβαρή αποδιοργάνωση της λοιπής προσωπικότητας και συμπεριφοράς, β)Νευρωτική προσωπικότητα με αποφευκτικά και κοινωνιοφοβικά χαρακτηριστικά, γ)Πολύ σοβαρά διαταραγμένη προσωπικότητα με έκπτωση και χαρακτηριστικά την παρορμητικότητα, τη δυσφορία και τη μικρή αντοχή στη ματαίωση (οριακή δομή).

Αντιστοίχως, ως προς την σχέση Προσωπικότητας και Ψυχογενούς βουλιμίας τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που παρατηρούνται σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία είναι: η παρορμητικότητα, η διαπροσωπική ευαισθησία και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι μελέτες με τη χρήση του MMPI παρουσιάζουν την προσωπικότητα των ασθενών με ΨΒ ότι αποτελείται από χαρακτηριστικά όπως, ανεπαρκή έλεγχο των ενορμήσεων, καταθλιπτική προσωπικότητα, συμπεριφορές εκδραμάτισης και μικρή αντοχή στη ματαίωση (Wonderlich 1995).

Αποτελέσματα από την μελέτη της διερεύνησης της σχέσης ψυχοπαθολογίας, (όπως εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο SCL-90) και της Παθολογικής

Πίνακας 1: Σύγκριση τιμών Ψυχοπαθολογίας των κοριτσιών με υψηλή βαθμολογία στα ερωτηματολόγια EAT-26 και BITE με τις αντίστοιχες ομάδες με χαμηλή βαθμολογία.

	EAT-26(OB)<20		EAT-26(OB)≥20		BITE (OB)<25		BITE (OB)≥25	
	X	S	X	S	X	S	X	S
ΓΔΣ	1.29	0.61	1.53	0.63	1.34	0.61	2.03	0.64
ΣΘΣ	55.69	18.04	61.13	16.34	56.82	17.75	69.50	15.07
ΛΕΘΣ	3.39	18.60	2.20	0.52	3.11	16.29	2.59	0.55
Σωματοποίηση	0.98	0.69	1.12	0.68	1.00	0.68	1.83	0.64
Ψυχαναγκαστικότητα								
Καταναγκαστικότητα	1.51	1.29	1.67	0.67	1.54	1.17	2.08	0.56
Διαπροσωπική								
Ευαισθησία	1.55	0.74	1.82	0.87	1.60	0.77	2.30	0.95
Κατάθλιψη	1.38	0.68	1.65	0.73	1.43	0.70	2.07	0.69
Άγχος	1.33	1.03	1.56	0.83	1.38	0.99	1.93	1.15
Θυμός								
Επιθετικότητα	1.44	0.90	1.87	0.92	1.53	0.92	2.22	0.72
Φοβικό Άγχος	0.72	0.59	0.93	0.75	0.76	0.63	1.30	0.90
Παρανοειδής								
Ιδεασμός	1.74	0.93	1.94	0.94	1.78	0.93	2.28	0.99
Ψυχωτισμός	1.20	0.83	1.40	0.81	1.24	0.83	2.00	0.77

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Πίνακας 2: Στατιστική ανάλυση για τα κορίτσια (One Way ANOVA)

	EAT -26			BITE		
	F	df	p	F	df	p
ΓΔΣ	12.73	1	0.00**	9.73	1	0.00**
ΣΘΣ	8.09	1	0.00**	4.03	1	0.04*
ΔΕΘΣ	0.46	1	0.49	0.00	1	0.92
Σωματοποίηση	3.36	1	0.06	11.35	1	0.00**
Ψυχαναγκαστικότητα						
Καταναγκαστικότητα	1.73	1	0.18	1.69	1	0.19
Διαπροσωπική						
Ευαισθησία	10.82	1	0.00**	6.20	1	0.01**
Κατάθλιψη	12.93	1	0.00**	6.41	1	0.01**
Άγχος	4.24	1	0.04*	2.44	1	0.11
Θυμός Επιθετικότητα	19.17	1	0.00**	5.43	1	0.03**
Φοβικό Άγχος	9.41	1	0.00**	5.43	1	0.02**
Παρανοειδής						
Ιδεασμός	3.57	1	0.05	2.23	1	0.13
Ψυχωτισμός	4.62	1	0.03*	6.55	1	0.01**

Συμπεριφοράς Διατροφής, (όπως εκτιμήθηκε με τα ερωτηματολόγια EAT-26 και BITE) με βάση τον διαχωρισμό των μαθητών και μαθητριών, σε ομάδες με πιθανή κλινική σημασία, (EAT-26 OB $\geq$ 20, EAT-26 OB < 20, BITE OB $\geq$ 25, BITE OB < 25) βρέθηκε ότι υπάρχουν ενδιαφέρουσες συσχετίσεις μεταξύ Παθολογικής Συμπεριφοράς Διατροφής και Ψυχοπαθολογίας, ειδικά για τα κορίτσια, όπως καταγράφονται στους αντίστοιχους πίνακες (βλέπε Πίνακες 1 και 2).

Συγκεκριμένα, τα κορίτσια που είχαν υψηλή Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο EAT-26 δηλαδή Ολική Βαθμολογία $\geq$ 20, διαφέρουν από τα κορίτσια με χαμηλή βαθμολογία στα EAT-26 (EAT-26 OB < 20) σε βαθμό στατιστικά σημαντικό, στο Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων ($p < 0,0001$) στο Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων ($p < 0,005$ και στις Υποκλίμακες, Διαπροσωπική Ευαισθησία ($p < 0,001$), Κατάθλιψη ($p < 0,0001$), Άγχος ($p < 0,04$) Θυμός - Επιθετικότητα ($p < 0,0001$), Φοβικό Άγχος ($p < 0,02$) και Ψυχωτισμός ($p < 0,03$).

Αντιστοίχως, τα κορίτσια με υψηλή Βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο BITE (δηλαδή αυτά που είχαν Ολική Βαθμολογία του Ερωτηματολογίου $\geq$ 25),

διαφέρουν από τα κορίτσια με χαμηλή βαθμολογία (BITE-OB < 25), σε βαθμό στατιστικά σημαντικό στο Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων ($p < 0,002$), στο Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων ($p < 0,04$) και στις Υποκλίμακες, Σωματοποίηση ($p < 0,001$), Διαπροσωπική Ευαισθησία ($p < 0,01$), Κατάθλιψη ($p < 0,01$), Θυμός - Επιθετικότητα ($p < 0,03$), Φοβικό Άγχος ($p < 0,02$) και Ψυχωτισμός ($p < 0,01$).

Παράγοντες που επηρεάζουν την ανορεκτική συμπεριφορά

Διερευνώντας τη σχέση μεταξύ ψυχοπαθολογίας και παθολογικών συμπεριφορών διατροφής με λογιστική παλινδρόμηση (βλέπε πίνακα 3) βρέθηκε ότι η διάσταση Θυμός - Επιθετικότητα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανορεκτική διάσταση, στα κορίτσια. Επομένως η Επιθετικότητα ως διακριτή ψυχοπαθολογική διάσταση στο επίπεδο της προσωπικότητας στους εφήβους διαδραματίζει αιτιολογικό παράγοντα ανάπτυξης διαταραχής διατροφής του ανορεκτικού φάσματος, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, φυσικά. Γενικά για την επιθετικότητα είναι γνωστό ότι μπορεί να είναι ενδο-

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Πίνακας 3: Λογιστική Παλινδρόμηση *Forward Stepwise Logistic Regression EAT-26(OB)* εξαρτημένη μεταβλητή. Μεταβλητές που βρέθηκαν ότι επηρεάζουν.

Ανεξάρτητες Μεταβλητές	B	SE	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
Εκτίμηση Σωματικού Βάρους			21,2374	4	0,0003*	0,1609	
Πολύ πιο πάνω (1)							
Πολύ πιο κάτω	-2,2233	1,1925	3,4757	1	0,0623	-0,0537	0,1083
Κάτω	-2,3386	0,6330	13,6500	1	0,0002	-0,1510	0,0965
Κανονικό	-1,6482	0,4915	11,2436	1	0,0008	-0,1345	0,1924
Πάνω	-0,9802	0,4861	4,0659	1	0,0438	-0,0636	0,3752
Συμβουλή για δίαιτα							
Όχι(1)							
Ναι	0,9071	0,3471	6,8284	1	0,0090*	0,0972	2,4772
Θυμός							
Επιθετικότητα	0,4441	0,1253	12,5615	1	0,0004*	0,1437	1,5590

(1):Κατηγορία Αναφοράς

στρεφόμενη και να στρέφεται στον εαυτό μέσω μηχανισμών ενδοβολής με σκοπό την καταστροφή των εσωτερικευμένων αντικειμένων (γονείς) που έχουν επενδυθεί με αμφιθυμικό τρόπο δηλαδή με αγάπη και μίσος ταυτόχρονα.

Έχει βρεθεί ότι η επιθετικότητα θεωρείται ως αντίδραση σε αισθήματα κατωτερότητας, ανεπάρκειας, χαμηλής αυτοεκτίμησης που προκύπτουν από αρνητικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία και που δημιουργούν υπερευαίσθησία στις διαπροσωπικές σχέσεις (ευαίσθησία στην κριτική). Υπάρχει μάλιστα σχέση μεταξύ θυμού - επιθετικότητας και απόπειρας αυτοκτονίας στους εφήβους (Spirito et al 1989).

Σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, έχει βρεθεί ότι σε πάσχουσες από ψυχογενή ανορεξία, η ψυχοπαθολογική διάσταση θυμός - επιθετικότητα, είναι ενδοστρεφόμενη και συγκεκαλυμμένη, σχετίζεται με την οργάνωση της σεξουαλικότητας, παραπέμπει στις αμφιθυμικές αντικειμενοτρόπες σχέσεις, και εμπεριέχει ως απάντηση τον αυτοέλεγχο που αποτελεί κεντρικό χαρακτηριστικό στην ανορεκτική συμπεριφορά, και σχετίζεται επίσης με τις

βιολογικές ανωμαλίες του σεροτονινεργικού συστήματος που παρατηρούνται στην ψυχογενή ανορεξία (Wonderlich 1995, Kave 1999).

Στην έρευνά μας λοιπόν παρουσιάζεται ως διακριτή ψυχοπαθολογική διάσταση που επηρεάζει την παθολογική συμπεριφορά διατροφής (όπως καταγράφεται από την υψηλή βαθμολογία του EAT-26, που καθορίστηκε ως ίση ή μεγαλύτερη της τιμής 20) και συνδέει την επιδημιολογική έρευνα της παθολογίας της ψυχογενούς ανορεξίας, με την Νευροφυσιολογία της ψυχοσωματικής θεωρίας (θανάσιμος φαύλος κύκλος συναισθηματικής έκφρασης) αλλά και με τα πρόσφατα δεδομένα της βιολογικής έρευνας.

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με την άποψη του Walter Kaye (1999) οι πάσχοντες από ψυχογενή ανορεξία υποσιτίζουν εαυτούς με σκοπό να μειώσουν την δραστηριότητα του σεροτονινεργικού συστήματος στον εγκέφαλο με σκοπό να αισθανθούν καλύτερα.

Η σεροτονίνη προέρχεται βιοχημικά από την τρυπτοφάνη που είναι γνωστό ότι είναι ένα από τα απαραίτητα αμινοξέα που προέρχεται από τις τρο-

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

φές. Έχει αποδειχθεί ότι οι πάσχοντες από ΨΑ έχουν μία μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα όταν βρίσκονται σε κατάσταση υποσιτισμού ή όταν είναι ελλειποβαρείς. Από τη δράση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που έχουν χρησιμοποιηθεί στην θεραπεία των διαταραχών διατροφής (ιδιαιτέρως της ψυχογενούς βουλιμίας) που αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης (SSRIs) έχει διαπιστωθεί ότι δεν είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία των ανορεκτικών ασθενών και αυτό γιατί η διαθέσιμη σεροτονίνη στη συνολτική σχισμή είναι ελάχιστη έτσι ώστε η αναστολή της επαναπρόσληψής της μέσω των φαρμάκων – αναστολέων, δεν είναι αποτελεσματική.

Τα παραπάνω ευρήματα πιθανώς εξηγούν το ρόλο της επιθετικότητας που χαρακτηρίζεται από μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα και την ανάπτυξη παθολογικών συμπεριφορών διατροφής, ανορεκτικού τύπου, με σκοπό την αποκατάσταση της ισορροπίας τόσο σε βιοχημικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο συμπεριφοράς.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την άποψη πάντα του Walter Kaye, η υποκείμενη βιολογική ευαισθησία μπορεί να διαδραματίσει παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη είτε ψυχογενούς ανορεξίας είτε ψυχογενούς βουλιμίας και αυτό γιατί μόνο ένα μικρό ποσοστό των γυναικών που εκτίθενται στις ψυχοκοινωνικές επιδράσεις αναφορικά με το βάρος και την εμφάνιση του σώματος αναπτύσσουν

ΨΑ ή ΨΒ. Η πρόσφατη έρευνα έχει δείξει ότι η αυξημένη σεροτονινεργική δραστηριότητα μπορεί να είναι απαγορευτική στη λήψη τροφής, στην επιθετικότητα και στη σεξουαλική δραστηριότητα.

Σύμφωνα με τον ίδιο ερευνητή θεωρείται ότι παρ' όλες τις διαφορές μεταξύ τους, υπάρχει μία κοινή βασική συνθήκη περιορισμού και συμπεριφοριολογικής αναστολής στην ΨΑ και στην ΨΒ. Στην ΨΒ μπορεί να συμβαίνει μία περιοδική αναστολή στην πρόσληψη τροφής ενώ στην ΨΑ η αναστολή και ο υπερβολικός έλεγχος της συμπεριφοράς μπορεί να είναι διαρκής. Τα παραπάνω ευρήματα συνδυάζονται με τα ευρήματα από τις μελέτες προσωπικότητας των ασθενών με ΨΑ και ΨΒ.

Παράγοντες που επηρεάζουν την βουλιμική συμπεριφορά

Στην έρευνα μας (πίνακας 4), βρέθηκε ότι η ψυχοπαθολογική διάσταση Σωματοποίησης, που απηχεί, κατά κάποιο τρόπο, τη σωματοποιητική διαταραχή, δηλαδή τα σωματικά συμπτώματα που οφείλονται στο stress, αποτελεί, στα κορίτσια, παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη παθολογικής συμπεριφοράς διατροφής βουλιμικού τύπου. Μια πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι η υποκείμενη καταθλιπτική διαταραχή που πυροδοτεί την αντίδραση stress και που είναι συχνή στους βουλιμικούς ασθενείς αλλά και εξαιτίας του γεγονότος ότι συ-

Πίνακας 4: Λογιστική Παλινδρόμηση. BITE(OB) ως εξαρτημένη μεταβλητή. Μεταβλητές που βρέθηκε ότι επηρεάζουν:

Ανεξάρτητες Μεταβλητές	B	S.E	Ward	df	Sig.	R	Exp(B)
Συμβουλή για Δίαιτα							
Όχι*							
Ναι	2,4077	0,7833	9,4483	1	0,0021	0,3040	11,1088
Ενασχόληση με Πάλη							
Όχι*							
Ναι	2,5655	1,2560	4,1720	1	0,0411	0,1641	13,0078
Σωματοποίηση	1,4368	0,5053	8,0843	1	0,0045	0,2747	4,2074

* Κατηγορία αναφοράς

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

χνά η συγκεκριμένη κατάθλιψη εκφράζεται ως σωματοποίηση.

Η σωματοποίηση κλασικά θεωρείται μηχανισμός μετατροπής ενδοψυχικών συγκρούσεων ώστε να γίνονται αποδεκτές από το Εγώ, λειτουργεί συμβολικά ως έκκληση για βοήθεια προς το περιβάλλον ή αουνείδητα εκφράζει ένα τρόπο χειρισμού του καθ' όσον επικεντρώνει στο σώμα και όχι στις διαπροσωπικές σχέσεις ή τα υποκείμενα ψυχολογικά αδιέξοδα, καταστάσεις που είναι συνήθεις στην ψυχοπαθολογία της ψυχογενούς βουlimίας.

Ως προς τα συγκριτικά αποτελέσματα, στη δική μας έρευνα βρέθηκε ότι η διάσταση της σωματοποίησης λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη βουlimικής συμπτωματολογίας σε φυσιολογικές έφηβες του γενικού πληθυσμού ενώ στην έρευνα των Buddeberg - Fischer et al 1996 βρέθηκε ότι από τις παραμέτρους ψυχοπαθολογίας επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου EAT-26 οι παράμετροι, Διαπροσωπική Ευαισθησία και Κατάθλιψη. Επίσης, στην έρευνα της Regina Casper (1990) βρέθηκε ότι η διάσταση Σωματοποίησης, σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την αυξημένη ανησυχία για το σωματικό βάρος και τη δίαιτα σε αμερικανίδες εφήβους όχι όμως ως μοναδική διάσταση αλλά μαζί με τις κλίμακες της κατάθλιψης και του άγχους. Οι παραπάνω συγκρίσεις γίνονται επειδή έχει χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο SCL90R σε δείγμα φυσιολογικών εφήβων από το γενικό πληθυσμό στη Γερμανία και Η.Π.Α. αντιστοίχως, όπως και στην δική μας έρευνα.

Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί το ότι η διάσταση της κατάθλιψης δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με την ανορεκτική συμπεριφορά διατροφής. Η απουσία συσχέτισης της Υποκλίμακας Κατάθλιψης και της Ολικής βαθμολογίας του EAT-26), που είναι εύρημα αντίθετο των ευρημάτων της μελέτης τόσο της Casper (1990), όσο και των Buddeberg - Fischer και συν(1996), αποτελεί γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία που μπορεί να συνυπάρχει σε διάφορο βαθμό και σε άλλοτε άλλο χρόνο με τους διάφορους τύπους των διαταραχών διατροφής, φαίνεται ότι αποτελεί δευτεροπαθή συνέπεια της πρωταρχικής διαταραχής διατροφής και όχι αίτιο.

Από την άλλη πλευρά όμως, στην ερευνά μας

βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της Βουlimικής συμπτωματολογίας και της Κατάθλιψης στα κορίτσια του δείγματος μας, εύρημα σύμφωνο με την διαπίστωση ότι στο 1/3 των ασθενών με Ψυχογενή βουlimία, η κατάθλιψη προηγείται από την εμφάνιση της διαταραχής διατροφής, καθώς και ότι γενικότερα η κατάθλιψη συνυπάρχει με την βουlimική συμπτωματολογία, ότι συνυπάρχει κυρίως στην οξεία φάση της διαταραχής διατροφής, αλλά με διαφορετικά συμπτώματα και ότι γενικά η παρουσία Κατάθλιψης, δεν σχετίζεται με την έκβαση της πρωταρχικής διαταραχής διατροφής (Strober, Katz 1987).

Ως προς τις συσχετίσεις του Άγχους με τις παθολογικές συμπεριφορές διατροφής βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση της Υποκλίμακας του Άγχους(και όχι της αντίστοιχης του Φοβικού Άγχους) με την Ανορεκτική συμπεριφορά Διατροφής, ενώ αντιθέτως δεν βρέθηκε συσχέτιση καμιάς Υποκλίμακας του Άγχους με την Βουlimική συμπτωματολογία, εύρημα διαφορετικό από τα ευρήματα κλινικών μελετών, ως προς την Φοβική διάσταση του Άγχους, που βρέθηκε ότι συνυπάρχει με τις διαταραχές διατροφής σε υψηλό ποσοστό π.χ. η επικράτηση της κοινωνικής φοβίας υπολογίζεται περίπου 20% σε ανορεκτικούς ασθενείς και περίπου 50% σε ασθενείς πάσχοντες από Ψυχογενή βουlimία (Laessle και συν 1987, Steere και συν 1990).

Βεβαίως θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα ποσοστά αυτά δεν αποτελούν έκπληξη, δεδομένου ότι κεντρικά συμπτώματα των διαταραχών διατροφής είναι ο φόβος πρόσληψης συγκεκριμένων τροφών, ο φόβος σε κοινωνικές εκδηλώσεις που συνδέονται με το φαγητό και ο φόβος όταν εκτίθενται σε έλεγχο ή εξέταση και ότι τα συμπτώματα αυτά ως ιδιαίτερα φοβικά συμπτώματα που απαντώνται στις διαταραχές διατροφής δεν καταγράφονται στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήσαμε.

Επίσης όσον αφορά την διάσταση της Ψυχαναγκαστικότητας-Καταναγκαστικότητας βρέθηκε στην ερευνά μας ότι σχετίζεται με την παθολογική συμπεριφορά διατροφής Ανορεκτικού τύπου, στα κορίτσια αλλά δεν βρέθηκε συσχέτιση με την βουlimική συμπεριφορά. Στην βιβλιογραφία υπάρχει εκτεταμένη έρευνα που αφορά την συσχέτιση τόσο της Ψ-Κ Διαταραχής όσο και της Ψ-Κ Διαταραχής Προσωπικότητας και των Διαταραχών Διατροφής, γενικά.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Σύμφωνα με την άποψη ορισμένων ερευνητών (Halmi 1991), η πραγματική συσχέτιση αφορά την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή και την καταθλιπτική συμπτωματολογία που θεωρείται διαμεσολαβητής, καθόσον είναι γνωστό ότι τα ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά συμπτώματα αναδύονται όταν εμφανίζεται καταθλιπτική συμπτωματολογία και επομένως τα συμπτώματα της Ψ-Κ Διαταραχής, στους ασθενείς με διαταραχές Διατροφής είναι πιθανόν να πυροδοτούνται από την καταθλιπτική διάθεση και ως εκ τούτου, να είναι δευτεροπαθή, γεγονός που συμφωνεί με τα ευρήματα της δικής μας έρευνας, επειδή η κλίμακα της Κατάθλιψης απουσιάζει από τις συσχετίσεις και κυρίως δεν συνυπάρχει με αυτήν της Ψ-Κ Διαταραχής, στην Ανορεκτική διαταραχή συμπεριφοράς Διατροφής.

Συμπεράσματα

Τελικά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, η ψυχοπαθολογική διάσταση

- Θυμός-Επιθετικότητα σχετίζεται με την Διαταραχή Συμπεριφοράς Διατροφής Ανορεκτικού Τύπου, ενώ η Ψυχοπαθολογική διάσταση της

- Σωματοποίησης: βρέθηκε να σχετίζεται με την διαταραχή τύπου Ψυχογενούς Βουλιμίας.

Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, από το σύνολο των παραμέτρων που μελετήσαμε, στα κορίτσια, η εμφάνιση παθολογικής συμπεριφοράς διατροφής με Ανορεκτική διάσταση, σχετίζεται με

- την Ψυχοπαθολογική διαταραχή στο επίπεδο της προσωπικότητας (θυμός-Επιθετικότητα)

- με πολιτιστικές επιδράσεις (Συμβουλή για Δίαιτα)

- και με διαταραχή της αντίληψης της εικόνας του σώματος (εκτίμηση/αυτοαξιολόγηση του σωματικού βάρους).

Αντιστοίχως, η Βουλιμική διάσταση των Διαταραχών Διατροφής, από το σύνολο των παραμέτρων που μελετήσαμε, στα κορίτσια σχετίζεται

- με την ψυχοπαθολογική διάσταση (Σωματοποίηση)

- με τις πολιτιστικές επιδράσεις (Συμβουλή για Δίαιτα)

- καθώς και τις σχετικά σπάνιες και ακραίες συνήθειες των εφήβων - κοριτσιών, σχετικά με τον αθλητισμό (ενασχόληση με πάλη).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Manfred M. Fichter, M.D., Dipl-Psych, Norbert Quadflieg, Dipl-Psych, Eleni Georgopoulou, Franziskos Xepapadakis, MD, E. Wassilios Fthenakis, PhD (2005): "Time Trends in Eating Disturbances in Young Greek Migrants", *International Journal of Eating Disorders*, Vol.38, issue 4 pp.310-322
2. Katherine Halmi MD (2005): "Psychopathology of Anorexia Nervosa" *International Journal of Eating Disorders*, Vol.37, pp.S20-S21.
3. Jamie L. Manwaring, Anja Hilbert, Denise E. Wilfley, Kathleen M. Pike, Christopher G. Fairburn, Faith-Anne Dohm and Ruth H. Striegel-Moore (2005): "Risk factors and Patterns of Onset in Binge Eating Disorder" *International Journal of Eating Disorders*, Vol.39, issue 2 pp.101-107
4. Christopher G. Fairburn, D.M., F. Med. Sci., Zafra Cooper, D. Phil., Dip. Clin. Psych., Helen A. Doll, M. Sc., Beverley A. Davies, B.Sc (2005): "Identifying Dieters Who Will Develop an Eating Disorder: A Prospective, Population-Based Study", *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 162, N.12 pp2249-2255
5. Katherine Helmi (2003): "From Giacometti to Bothero: Images of Eating Disorders Under Investigation" *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 160, N.2 pp205-207
6. Oyind Ro, MD, Egil W. Martinsen, MD, Asle Hofart, PhD, Jan H. Rosenvig, PhD (2005): "The interaction of personality disorders and eating disorders: A two -year prospective study of patients with longstanding eating disorders" *International journal of eating disorders*, vol.30. Issue 2 pp106-111.
7. Hans-Christoph, Steinhausen, MD, PhD, Silvia Gavez, lic.phil, Christa Winkler Metzke, PhD (2005): "Psychosocial Correlates, Outcome and Stability of Abnormal Adolescent Eating Behavior in Community Samples of Young People", *International journal of eating disorders*, vol.37. Issue 2 pp 119-126.
8. Patrick S. Perkins, MA, Kelly L. Klump, PhD, William G. Iacono, PhD, Matt McGue, PhD (2005): "Personality traits in women with Anorexia Nervosa: Evidence for a treatment-seeking bias?" *International journal of eating disorders*, vol.37 Issue 1 pp 32-37.
9. Suzanne Abraham, Derek Llewellyn-Jones (2001): "Eating Disorders the facts," fifth edition, Oxford University Press.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

10. Katherine Halmi (2005): "Recent developments in eating disorders", pp53-57 in *Advances in Psychiatry*, Editor George N.Christodoulou, second volume. World Psychiatric Association.
11. Kaye W. (1999): *The new biology of Anorexia and Bulimia Nervosa. Implications for Advances in treatment.* European Eating Disorders Review. 7, 3, 157-161.
12. Wonderlich S. (1995): *Personality and Eating Disorders* In: Brownell K and Fairburn C (Eds) *Eating Disorders and Obesity* pp. 171-176, The Guilford Press
13. Wise TN, Mann LS, Mitchell JD, Hryvniak MJ, Fill B. (1990): Secondary alexithymia. An empirical validation. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 284-288
14. Haviland MG, Shaw DG, MacMurray JP, Cummings MA (1998): Validation of the Toronto Alexithymia Scale with substance abusers. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 50, 81-87.
15. Schmidt U, Jiwany A, Treasure J (1993B). A controlled study of alexithymia in ED. *Comprehensive Psychiatry*. 34, 54-58.
16. Krystal H (1979): Alexithymia and Psychotherapy. *Am. J. Of Psychotherapy*, 33, 7-31.
17. Buddeberg - Fischer B, Berner R., Schmid J., Buddeberg C. (1996) relationship between Disturbed Eating Behavior and Other Psychosomatic Symptoms in Adolescents. *Psychotherapy and Psychosomatics* 65: 319-326.
18. Casper C, Regina, Offer Daniel (1990): Weight and Dieting Concerns in Adolescents, Fashion or Symptom? *Pediatrics* 1990, 86, 384-390
19. Spirito A, Brown L, Overholser J, Fritz G. (1989): Attempted suicide in adolescence. A review and critique of the literature. *Clinical Psychology Review*. 9, 335-363.
20. Steere J, Butler G, Cooper P (1990): The anxiety Symptoms of bulimia nervosa. *Int. Journal of Eat. Dis.* 9, 293-301
21. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J (1991): Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 48:712-718
22. Μωρόγιαννης Φ. (2000): Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και Ψυχοπαθολογία στους εφήβους. Μια επιδημιολογική έρευνα σε μαθητές Λυκείου στο Νομό Ιωαννίνων. Διδακτορική Διατριβή, Παν. Ιωαννίνων.

1st MEDITERRANEAN SUMMIT

DESCRIPTION of RARE DISEASES and TREATMENT HIGHLIGHTS

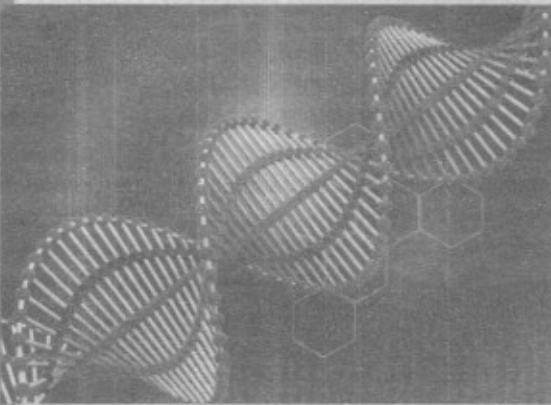
MAPPING RARE DISEASES in the
MEDITERRANEAN and their MANAGEMENT

Organized by

**MEDITERRANEAN
FORUM
FOR HEALTH**

Under the
Auspices of

- GREEK MINISTRY
OF HEALTH
- HELLENIC
ASSOCIATION
OF RARE DISEASES
- UNIVERSITY OF
MALTA/FACULTY OF
MEDICINE & SURGERY
- PHARMACY
DEPARTMENT
- EUROPEAN UNIVERSITY



20-23 APRIL 2007

MALTA