

Studio multidisciplinare: metodo DCD applicato a pazienti con disturbi del comportamento alimentare (DCA)

Gestione clinica

Marina Conese¹, Maria Teresa Laura Abbruzzese², Grace Massialo³, Piero Oberto de Cavi⁴

Abstract

Eating disorders are quite common in clinical practice and can include out-of-control behaviours and thoughts that powerfully reinforce unhealthy eating patterns. They include anorexia nervosa and bulimia nervosa and Binge Eating Disorder. We conducted a trial on 102 patients (89 females and 13 males) to investigate the efficacy of "DCD method" (appropriate dietary education associated to New-Electrosculpture) on patients with obesity and eating disorders. The study underlines the efficacy of "DCD method", especially when supported by behavioural therapy, in obese and overweight patients.

Keywords: DCD method, New-Electrosculpture, eating disorders

Multidisciplinary study: DCD method applied to patients with eating disorders
CMI 2009; 3(2): 71-80

- ¹ Medico Chirurgo, specialista in Dermatologia e Venereologia. DCD Bari
² Psicologa. DCD Bari
³ Medico Chirurgo, specialista in Chirurgia Plastica. DCD Roma
⁴ Medico Chirurgo e Farmacista. DCD Roma

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni i disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono stati oggetto di attenzione per l'aumento dei casi rilevati nella pratica clinica. I DCA sono meglio definiti come persistenti disturbi del comportamento alimentare e/o di comportamenti finalizzati al controllo del peso, che danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta [1]. L'eccessiva importanza attribuita al peso, alle forme corporee e al controllo dell'alimentazione costituiscono la psicopatologia nucleare di tutti i disturbi dell'alimentazione, che, in aggiunta, presentano delle caratteristiche peculiari:

- **anoressia nervosa:** è caratterizzata dal mantenimento attivo di un basso peso corporeo (BMI < 17,5 kg/m²) e dalla presenza di amenorrea;
- **bulimia nervosa:** presenta abbuffate ricorrenti e comportamenti del controllo del peso estremi, e viene riconosciuta in

caso di non soddisfacimento dei criteri diagnostici dell'anoressia nervosa;

- **disturbi dell'alimentazione incontrollata (BED):** sono caratterizzati da un elevato introito di cibo sia durante i pasti sia fuori pasto, e dalla presenza di episodi ricorrenti di abbuffate, che però non sono accompagnate da strategie per compensare l'ingestione di cibo in eccesso. I soggetti affetti sono spesso in sovrappeso o obesi, e, oltre alle complicanze tipiche dell'obesità, presentano frequentemente disturbi depressivi e di ansia;
- **disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (NAS):** si tratta di quei disturbi non ben conosciuti che non soddisfano i criteri diagnostici principali né dell'anoressia nervosa né della bulimia nervosa né del disturbo dell'alimentazione incontrollata.

I DCA vengono più frequentemente diagnosticati, in concomitanza con il loro esordio, nell'adolescenza e tra gli adulti nella prima fascia d'età compresa tra i 30 e i 40 anni: in genere la maggior parte di questi ultimi

Corresponding author
Dott.ssa Marina Conese
dottmarinaconese@tiscali.it

Tabella I
Distribuzione
dei disturbi
dell'alimentazione
nel mondo

	Anoressia nervosa	Bulimia nervosa
Distribuzione mondiale	Società occidentali in modo predominante	Società occidentali in modo predominante
Età	Adolescenza (alcuni giovani adulti)	Giovani adulti (alcuni adolescenti)
Sesso	90% femmine	Femmine in modo predominante (proporzione incerta)
Classe sociale	Possibile maggior prevalenza nelle classi sociali elevate	Distribuzione simile in tutte le classi
Prevalenza	0,3% nelle adolescenti	1% nelle donne tra 16 e 35 anni
Incidenza (per 100.000 abitanti/anno)	19 nelle femmine, 2 nei maschi	29 nelle femmine, 1 nei maschi
Modificazione secolare	Possibile incremento	Incremento

pazienti presenta già dei disordini alimentari attorno ai 20 anni d'età. L'incidenza nel sesso femminile e in quello maschile si pone in un rapporto di 3:2.

I pazienti affetti da BED (*Binge Eating Disorder*) presentano uno stile alimentare "caotico": un elevato introito di cibo sia durante i pasti sia fuori pasto porta i soggetti affetti a manifestare episodi ricorrenti di abbuffate (assunzione di quantità di cibo superiore rispetto a quella che la maggior parte di persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo e in circostanze simili), non accompagnati, però, da strategie per compensare l'ingestione di cibo in eccesso, come avviene nella bulimia nervosa. Ne risulta che le persone che soffrono di questo disturbo sono in sovrappeso o obese, a differenza del paziente bulimico che risulta essere nella massima parte dei casi in normopeso. Le conseguenti complicanze organiche possono essere: diabete di tipo 2 (non insulino-dipendente), ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari, disturbi del sonno e del respiro. Inoltre è importante sottolineare che il BED presenta comorbidità con disturbi depressivi e disturbi di ansia.

Le abbuffate vengono classicamente suddivise dagli Autori in:

- **soggettive:** la quantità di cibo è soggettivamente elevata;
- **oggettive:** la quantità del cibo è effettivamente esagerata (es. il paziente svuota il frigorifero).

DESCRIZIONE DELLO STUDIO

Presentazione dello studio

Secondo gli ultimi studi condotti nel 2007 dall'Associazione Italiana di Dieteti-

ca e Nutrizione Clinica (ADI, <http://www.adiitalia.net>), la Puglia, regione nella quale si è svolto il trial descritto in questo articolo, risulta essere terza dopo Sicilia e Campania per numero di abitanti in sovrappeso. Più in dettaglio 50 pugliesi su 100 hanno problemi di peso: di questi, 38 sono in sovrappeso e 12 obesi. Questa statistica riguarda soprattutto le fasce giovani di età e incide indifferentemente sui due sessi.

Spesso i pazienti affetti da BED, pur non conoscendo esattamente la natura della loro patologia, si rivolgono ai centri per la cura dell'obesità piuttosto che ai centri per la cura dei disturbi del comportamento alimentare.

Anche i centri DCD per il dimagrimento corporeo rappresentano un valido aiuto per questa tipologia di paziente. In particolare il metodo DCD di Bari prevede l'associazione di quattro diverse componenti, di seguito descritte (New-Electrosculpture, crono-alimentazione dissociata normocalorica, terapia cognitivo-comportamentale e colloqui di sostegno psicologico, vedi Tabella II).

La New-Electrosculpture è una metodica indolore che si basa sul principio della elettroforesi: il paziente viene avvolto in un apposito bendaggio e collegato all'apparecchio che emette corrente elettrica continua di bassa intensità galvanica (5,5-6,5 mA) avente lo scopo di favorire gli scambi intercellulari e la dissimissione del grasso disciolto nella cellula stessa, senza veicolazione di farmaci e/o creme.

A essa viene associata una dieta particolare, la crono-alimentazione dissociata normocalorica (CADN): si tratta di un regime alimentare "dissociato", che consiste nel frazionare il pasto nell'arco della giornata riservando prevalentemente carboidrati a mezzogiorno e proteine alla sera, insieme a generosi quantitativi di fibra alimentare.

Il metodo DCD, di validità ed efficacia testate [2,3], consta soltanto delle due fasi appena citate. A Bari, però, vengono aggiunte due ulteriori componenti: la terapia cognitivo-comportamentale (TCC, oppure CBT per gli anglosassoni) e i colloqui di sostegno psicologico.

La terapia cognitivo-comportamentale implica l'attenzione ai pensieri (cognitivo) e ai comportamenti (comportamentale) coinvolti nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo psicologico. Già adottata nel trattamento di depressione, ansia, attacchi di panico, disturbi ossessivo-compulsivi e fobie, la TCC e si è rivelata anche molto efficace nella cura dei disturbi del comportamento alimentare. Si tratta di una psicoterapia sviluppata negli anni '60 da Aaron Temkin Beck che è:

- **strutturata:** si articola secondo una struttura ben definita e non in maniera rigida;
- **direttiva:** il terapeuta istruisce il paziente;
- **di breve durata;**
- **orientata al presente:** volta a risolvere i problemi attuali.

Tale terapia è finalizzata a modificare i pensieri distorti, le emozioni disfunzionali e i comportamenti di "disagio" del paziente, riducendo in modo duraturo il sintomo fino all'eliminazione.

Il metodo cognitivo-comportamentale che è stato applicato nel centro DCD di Bari per il suddetto studio è quello di Fairburn, caratterizzato dall'approccio interdisciplinare integrato (il paziente viene seguito da un'équipe formata da medico, psicologo e dietista) con modello trans-diagnostico (applicabile con minime modifiche a tutti i disturbi alimentari).

Per i disturbi dell'alimentazione incontrollata nei pazienti in sovrappeso e obesi, oltre alla terapia cognitivo-comportamentale di Fairburn (che mira a interrompere i fattori del mantenimento del DCA), sono stati associati colloqui di sostegno psicologico basati sui principi della terapia sistemico-familiare (*assessment familiare*), coinvolgendo, cioè, le famiglie dei pazienti con BED.

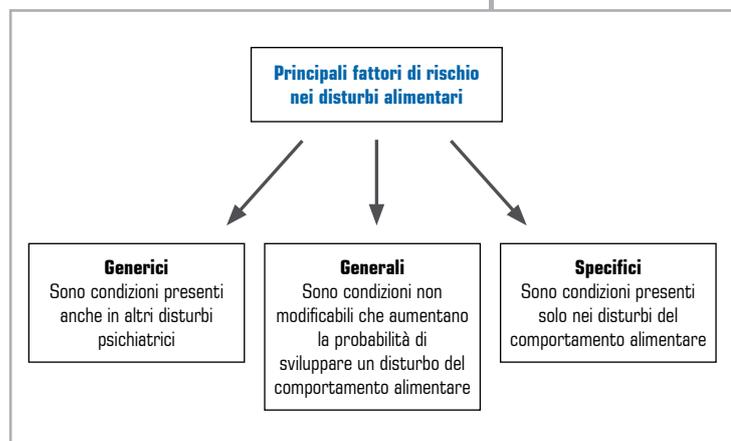
Obiettivi dello studio

In concomitanza con la perdita di peso attraverso il metodo DCD, per ogni paziente affetto da disturbi dell'alimentazione incontrollata si sono proposti i seguenti obiettivi:

Metodo DCD di Bari
<ul style="list-style-type: none"> • New-Electrosculpture • Dieta CADN (crono-alimentazione dissociata normocalorica) • TCC (terapia cognitivo-comportamentale) • Colloqui di sostegno psicologico

- sviluppare uno schema di autovalutazione funzionale;
- valutare l'importanza del sostegno psicologico nei pazienti che seguivano il percorso DCD;
- valutare quanto il sostegno psicologico abbia aumentato la motivazione del pa-

Tabella II
Schematizzazione della terapia per il BED e altri disturbi alimentari utilizzata al DCD di Bari



ziente e facilitato il superamento delle difficoltà del paziente stesso nel seguire le regole alimentari;

- valutare quanto la terapia cognitivo-comportamentale di Fairburn abbia interrotto i comportamenti disfunzionali che creavano "disagio" nel paziente.

Materiali e metodi

La nostra ricerca è stata condotta su un campione di 102 pazienti (89 femmine e 13 maschi) di età compresa tra 18 e 65 anni (Tabella III), seguiti nell'anno 2008 presso la sede DCD di Bari. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a 30 sedute di New-Electrosculpture della durata di 30 minuti l'una, come da protocollo DCD (per le prime 2 settimane le sedute erano eseguite 3 volte a settimana, e dalla terza settimana in poi con frequenza bisettimanale), associate a regole alimentari adeguate e personalizzate per ogni caso esaminato. Infatti la classica dieta dissociata normocalorica è stata consegnata ai pazienti

Figura 1
Principali fattori di rischio nei disturbi alimentari

che avevano tutti gli esami ematochimici nei parametri della norma; ai pazienti diabetici o con ipertrigliceridemie o iperglicemie si è consigliato invece uno schema dietetico a

parte, lievemente ipocalorico con riduzione dei carboidrati a discapito di generose quantità di fibre. Dei 102 pazienti, 52 sono stati seguiti col metodo DCD + colloqui di so-

Tabella III

Campione esaminato per lo studio clinico del DCD di Bari: i pazienti, di età compresa tra 18 e 65 anni, sono stati ripartiti per sesso e percorso terapeutico

Sesso	Pazienti		Terapia	Pazienti	
	N°	%		N°	%
F	89	86,3	Con TCC	44	49,4
			Senza TCC	45	50,6
M	13	12,7	Con TCC	8	61,5
			Senza TCC	5	38,5

Tabella IV

Campione femminile esaminato ripartito per percorso terapeutico e fascia di età

Sesso	Terapia	N. pazienti	Fascia di età (anni)	Pazienti	
				N.	%
F	Con TCC	44	18-40	24	54,5
			40-65	20	45,5
	Senza TCC	45	18-40	20	44,4
			40-65	25	55,6

Tabella V

Campione maschile esaminato ripartito per percorso terapeutico e fascia di età

Sesso	Terapia	N. pazienti	Fascia di età (anni)	N. pazienti
M	Con TCC	8	18-40	6
			40-65	2
	Senza TCC	5	18-40	2
			40-65	3

Tabella VI

Campione femminile esaminato ripartito per percorso terapeutico e livello di peso iniziale

Sesso	Terapia	N° pazienti	Livello di peso iniziale (BMI)	Pazienti	
				N°	%
F	Con TCC	44	Sovrappeso	11	25,0
			Obesità I classe	9	20,4
			Obesità II classe	16	36,4
	Senza TCC	45	Obesità III classe	8	18,2
			Sovrappeso	5	11,1
			Obesità I classe	10	22,2
			Obesità II classe	25	55,6
			Obesità III classe	5	11,1

Tabella VII

Campione maschile esaminato ripartito per percorso terapeutico e livello di peso iniziale

Sesso	Terapia	N° pazienti	Livello di peso iniziale (BMI)	N° Pazienti
M	Con TCC	8	Sovrappeso	2
			Obesità I classe	3
			Obesità II classe	2
	Senza TCC	5	Obesità III classe	1
			Sovrappeso	2
			Obesità I classe	
			Obesità II classe	3
			Obesità III classe	

Data: _____		Cognome: _____				Nome: _____		
Ora	Cibi e liquidi consumati	Luogo	Abb. sogg/ogg Normale restrizione	Food checking	Body checking, evitamento	Vomito, lassativi, diuretici	Attività fisica	Commenti

stegno psicologico e 50 pazienti, che hanno costituito il campione di casi-controllo, solo col metodo DCD.

Nello specifico (Tabelle III-VII):

- 32 pazienti (31 femmine e 1 maschio) di età compresa tra 18 e 60 anni hanno effettuato la terapia cognitivo-comportamentale (a richiesta del paziente);

- 50 pazienti (45 femmine e 5 maschi) casi-controllo di età compresa tra 25 e 65 anni sono stati seguiti solo col metodo DCD, senza la TCC.

A tutti i pazienti erano stati consegnati in prima seduta di trattamento le regole alimentari adeguate, il diario della pianificazione alimentare e il diario emotivo

Figura 2

Il diario alimentare giornaliero fornito a tutti i pazienti che partecipavano allo studio clinico

Data: _____		Giorno: _____		Ora: _____	
Situazione	Sensazione corporea	Emozione	Comportamento disfunzionale	Pensiero o preoccupazione	Strategia usata per gestire la crisi*
Descrivere l'evento attuale	1. Quale sensazione ho provato? 2. Quanto intensa era? (1-100%)	1. Quale emozione ho provato? 2. Quanto intensa era? (1-100%)	Che tipo di comportamento ho avuto?	1. Che cosa mi è passato per la mente? 2. Che tipo di errore di ragionamento ho fatto? 3. Quanto credo al pensiero? (0-100%)	Quale strategia ho usato per gestire la crisi?
<i>Parlando al telefono con Gianni, che mi ha detto che non possiamo vederci il fine settimana</i>	1. <i>Sensazione di essere grassa</i> 2. <i>90%</i>	1. <i>Tristezza</i> 2. <i>90%</i>	<i>Mi sono pizzicata per 20 minuti le pieghe delle cosce (body checking)</i>	1. <i>Io non gli piaccio (pensiero automatico), sono grassa, ho le gambe grosse. È per questo che non gli piaccio, perché sono grassa (preoccupazione per peso e forme corporee), Devo fare merenda (preoccupazione per l'alimentazione)</i> 2. <i>Generalizzazione</i> 3. <i>95%</i>	<i>Decentramento (sono pensieri dovuti al mio disturbo dell'alimentazione, ho etichettato in modo non accurato un evento avverso). Distanziamento dal comportamento (sono riuscita a fare merenda)</i>

* Decentramento, distanziamento del comportamento dei pensieri, risposte di *coping* (cose da fare, cose da pensare), risoluzione dei problemi, ristrutturazione cognitiva, *mindfulness*, fare l'opposto

- 20 pazienti (13 femmine e 7 maschi) di età compresa tra i 18 e 59 anni sono stati seguiti solo inizialmente con terapia cognitivo-comportamentale, e poi per svariati motivi hanno abbandonato gli incontri ma non il metodo DCD. In più della metà di questi casi (12 pazienti), dopo i primi colloqui informativi con la psicologa riguardo i disturbi del comportamento alimentare, i pazienti hanno acquisito coscienza e autoconsapevolezza del loro problema e hanno continuato le sedute solo con i colloqui di controllo;

(quest'ultimo solo nei pazienti che seguivano la TCC).

Il **diario alimentare** (Figura 2) ha avuto un duplice obiettivo:

- autocontrollo dell'alimentazione del paziente;
- controllo da parte di medici e psicologi per avere un quadro completo del comportamento alimentare di ogni paziente.

Il diario alimentare è risultato utile per effettuare un monitoraggio su alimenti pia-

Figura 3

Esempio di diario emotivo, fornito solo ai pazienti dello studio clinico che seguivano la TCC

Stadio	Spiegazione
Precontemplazione	Non ho nessuna intenzione di iniziare una terapia
Contemplazione	Da una parte vorrei iniziare una terapia, dall'altra no
Determinazione	Sono determinato a iniziare una cura entro massimo un mese
Azione	Sto già cercando di guarire dal mio disturbo dell'alimentazione

Tabella VIII

Stadi del cambiamento nell'atteggiamento del paziente nei confronti della malattia

nificati, alimenti effettivamente consumati e quantità, orari abituali del consumo di cibo da parte dei pazienti e in alcuni casi il luogo (lavoro, casa) e il tempo in cui venivano consumati i pasti. Inoltre all'interno del diario abbiamo ritenuto opportuno inserire uno spazio per i commenti in cui il paziente ha potuto riportare riflessioni personali sui propri comportamenti alimentari o sulla dieta stessa, eventuali trasgressioni e farmaci assunti.

Il **diario emotivo** (Figura 3) è sostanzialmente finalizzato a interrompere i comportamenti disfunzionali, quali abbuffate, *nibbling* (termine inglese che indica l'abitudine a spizzicare fuori pasto), digiuno, vomito autoindotto, esercizio fisico eccessivo, evitamenti dell'esposizione del corpo, dispercezione corporea. Serve inoltre ad aiutare il paziente a comprendere e ad approfondire il proprio disagio e punti di debolezza.

Ai 52 pazienti che hanno seguito la terapia cognitivo-comportamentale, oltre alla consegna del diario emotivo, è stato spiegato che cos'è lo schema di autovalutazione disfunzionale e si è proceduto a progettare un intervento mirato a sviluppare uno schema di autovalutazione funzionale considerando per ogni singolo paziente i propri ambiti di

vita (aspetti sociali, familiari, professionali e personali, come hobby e interessi).

Il lavoro è stato suddiviso in tre fasi:

- **fase iniziale:** è stato somministrato un test motivazionale in cui venivano valutate, su una scala da 0 (per niente) a 10 (moltissimo), le motivazioni dei pazienti, la fiducia in se stessi, quanto impegno erano disposti a mettere e quanto erano concordi con gli obiettivi del metodo DCD. Il punteggio totale (score) ci ha fatto comprendere in quale stadio del cambiamento si trovava il paziente (Tabella VIII). Alla quarta seduta si è iniziato il lavoro motivazionale vero e proprio, per far maturare (e mantenere nel tempo) nel paziente la spinta necessaria per impegnarsi al massimo nel percorso DCD, rispettando le regole alimentari impartite, i controlli medici e i colloqui con la psicologa;
- **fase intermedia:** durante i colloqui venivano valutati i fattori del mantenimento del disturbo alimentare. Dopo aver verificato la presenza di fattori di rischio e fattori precipitanti nel DCA si è iniziato a lavorare sullo schema di autovalutazione disfunzionale di ogni paziente (Figure 4 e 5), cercando di sviluppare delle strategie (valorizzando le risorse del paziente e lavorando sui suoi punti di debolezza) che consentissero al soggetto di valutarci in altri ambiti di vita che non fossero solo alimentazione, peso e forme corporee. Il lavoro veniva effettuato pianificando la giornata del paziente cercando di comprendere che cosa egli desiderasse cambiare. Durante i colloqui, quindi, si lavorava per la sospensione dei comportamenti

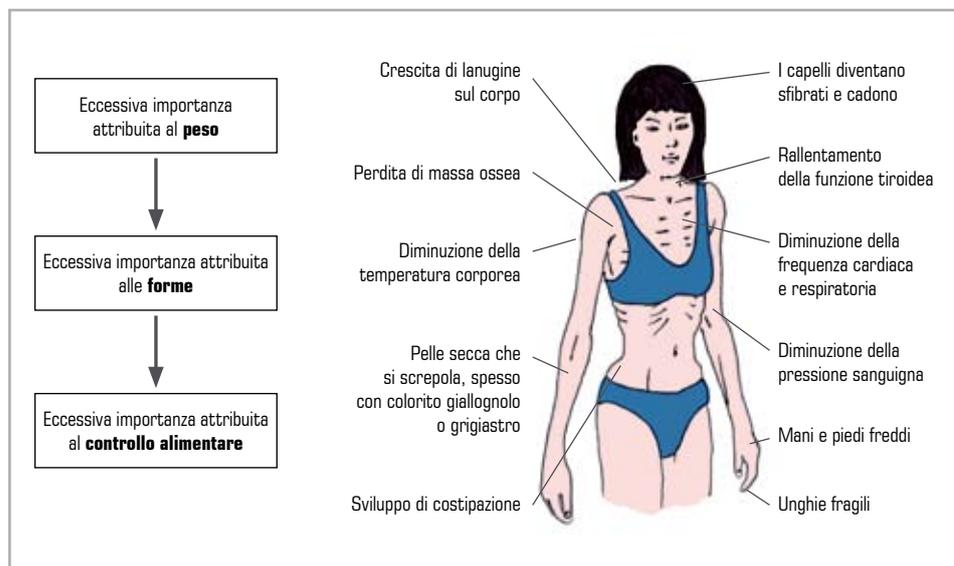


Figura 4

Schema di autovalutazione disfunzionale

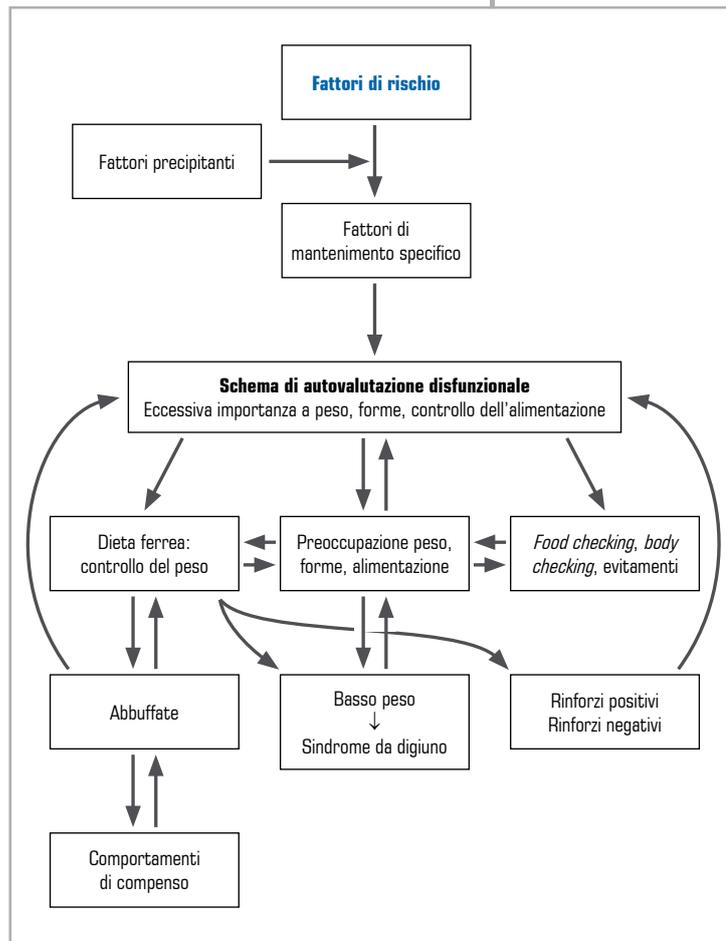
disfunzionali e strategie usate dal paziente. Durante la fase intermedia di terapia psicologica venivano prese in considerazione tutte quelle situazioni, prevedibili e non, che venivano definite ad alto rischio (Natale, Pasqua, cene, feste, ecc.) si faceva in modo che il paziente sviluppasse delle strategie di coping (fronteggiamento, capacità di risolvere i problemi) per prevenire e gestire al meglio tali eventi. Ai pazienti venivano prescritti degli *homeworks* da effettuare a casa che erano via via concordati tra terapeuta e paziente. Inoltre, in alcune situazioni di stress, veniva associato un "training di rilassamento progressivo", utilizzato anche per acquisire maggiore consapevolezza del proprio corpo;

- **fase conclusiva:** il paziente veniva seguito con colloqui bi-settimanali per essere sostenuto nella delicata fase del mantenimento del metodo DCD (progressiva introduzione di tutti gli alimenti e graduale associazione di carboidrati + proteine + lipidi al consumo dei pasti principali) e per la prevenzione delle ricadute.

Analisi dei dati

Nei 102 pazienti DCD sono stati presi in esame i seguenti parametri:

- calo ponderale correlato al sostegno psicologico nei 52 pazienti (cioè quanto i colloqui con la psicologa hanno influito sulla diminuzione di peso dei nostri pazienti) *versus* i 50 pazienti casi-controllo. In questi 52 pazienti abbiamo valutato:
 - analisi motivazionale. Nel colloquio il paziente lavorava sulla motivazione finalizzata alla continuità e costanza del percorso DCD;
 - livello delle abbuffate, stress e ansia;
 - controllo dei comportamenti di *nibbling*;
 - analisi dell'autostima e percezione della propria immagine corporea;
 - schema di autovalutazione disfunzionale (cattiva valutazione di se stessi:



propria valutazione solo in base al peso, forme corporee e controllo dell'alimentazione);

- nei 50 casi-controllo abbiamo valutato il calo ponderale nelle 30 sedute di New-Electrosculpture e l'abbiamo raffrontato poi al calo del peso dei pazienti che durante il trattamento DCD seguivano il sostegno psicologico.

Risultati e conclusioni

Dalla nostra casistica si evince come il calo ponderale nei pazienti che seguivano i colloqui di sostegno psicologico *versus* i casi-controllo fosse costante e nettamente aumentato (Tabelle IX-X).

Figura 5
Flow-chart per l'autovalutazione disfunzionale

Sesso	Terapia	N. pazienti	Fascia di età (anni)	N. pazienti	Pazienti che hanno raggiunto il peso forma dopo 30 sedute	
					N.	%
F	Con TCC	44	18-40	24	23	95,8
			40-65	20	20	100
	Senza TCC	45	18-40	20	18	90,0
			40-65	25	23	92,0

Tabella IX
Risultati ottenuti per i pazienti di sesso femminile

Tabella X
Risultati ottenuti per i pazienti di sesso maschile

Sesso	Terapia	N. pazienti	Fascia di età (anni)	N. pazienti	Pazienti che hanno raggiunto il peso forma dopo 30 sedute	
					N.	%
M	Con TCC	8	18-40	6	5	83,3
			40-65	2	2	100
	Senza TCC	5	18-40	2	1	50,0
			40-65	3	2	66,7

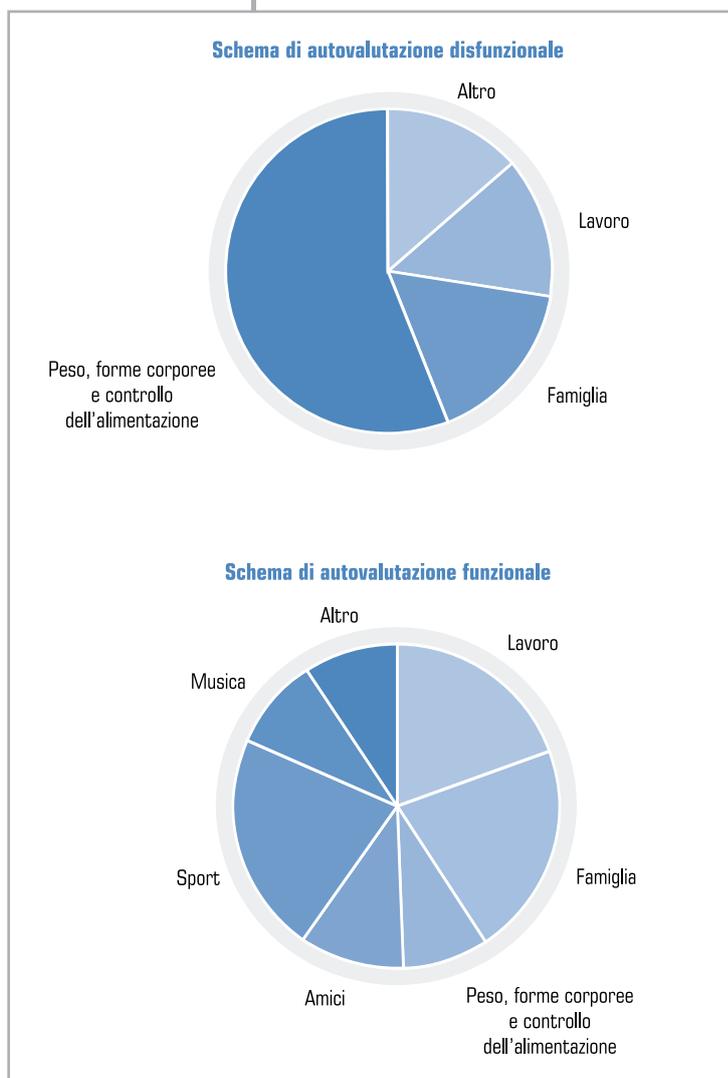


Figura 6
Schematizzazione grafica degli obiettivi raggiunti dai pazienti in esame in termini di importanza attribuita ad alcuni valori fondamentali

Questo dato sottolinea l'importanza del sostegno psicologico nei pazienti che affrontano questo percorso di dimagrimento.

Il lavoro motivazionale condotto dalla nostra équipe ha dato esito positivo in tutti i nostri pazienti con sviluppo da parte degli stessi di strategie di *coping* da utilizzare nelle situazioni di rischio; si è assistito quindi a

una quasi completa interruzione dei fattori di mantenimento del DCA (disturbo del comportamento alimentare) in questi pazienti. Più in dettaglio:

- nel 90% dei casi si è assistito a riduzione delle abbuffate, maggiore autoconsapevolezza, diminuzione dello stress e ansia con maggiore gestione degli eventi stressanti da parte del paziente;
- nel 99% dei casi seguiti si sono verificate riduzione e maggiore autoconsapevolezza dei comportamenti di *nibbling*;
- nel 90% dei casi si è notato aumento dell'autostima con gestione dei conflitti sulla percezione della propria immagine corporea;
- nel 99% dei nostri pazienti si è assistito a uno sviluppo di uno schema di autovalutazione funzionale (cambiamento in positivo della valutazione di se stessi), rafforzato soprattutto dalla trasformazione fisica a cui erano andati incontro seguendo il percorso DCD (con il raggiungimento dell'obiettivo del loro peso forma). Ne sono conseguite anche una riduzione dell'evitamento della propria immagine corporea, una maggiore consapevolezza di sé con maggiore controllo degli impulsi (Figura 6). È risultato anche positivo in tutti i casi l'*assessment* familiare, sostenendo la famiglia del paziente.

Il presente studio ha consentito di sottolineare l'importanza che può avere un sostegno psicologico accostato a un percorso di dimagrimento in tutti i pazienti in sovrappeso e obesi, sia tra i portatori sia tra i non portatori di DCA.

DISCLOSURE

Lo studio è da considerarsi indipendente e non sponsorizzato. Gli Autori non dichiarano alcun conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Dalle Grave R. Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione durante il ricovero. Positive Press, 2003
2. Conese M, Massiah G, de Cavi PO. Valutazione clinico-epidemiologica in pazienti in sovrappeso e obesi dopo applicazione del "metodo DCD". *CMI* 2009; 3: 33-41
3. Verna R, Noya di Lannoy A, Pasquale M, De Vitis S, Riitano G, Verna F. A clinical research, with a laboratory evaluation, to assess the efficacy and harmlessness of a weight reducing treatment. *Il Patologo Clinico* 2007; 2: 22-7

BIBLIOGRAFIA DI APPROFONDIMENTO

- Abbate-Daga G, Pierò A, Gramaglia C, Fassino S. Factors related to severity of vomiting behaviors in bulimia nervosa. *Psychiatry Res* 2005; 134: 75-84
- Aframiam DJ. Anorexia/bulimia-related sialadenosis of palatal minor salivary glands. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 383
- American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc* 2006; 106: 2073-82
- Bencherif B, Guarda AS, Colantuoni C, Ravert HT, Dannals RF, Frost JJ. Regional mu-opioid receptor binding in insular cortex is decreased in bulimia nervosa and correlates inversely with fasting behavior. *J Nucl Med* 2005; 46: 1349-51
- Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 132-5
- Dukarm CP. Bulimia nervosa and attention deficit hyperactivity disorder: a possible role for stimulant medication. *J Womens Health (Larchmt)* 2005; 14: 345-50
- Ersson G, Klanger AR, Wallsten T, Nilsson KW, Lindström L. Possible connection between eating disorders and ADHD. Bulimia can relieve ADHD symptoms, central nervous stimulants are of good help. *Lakartidningen* 2007; 104: 1402-5
- Hagenah U, Vloet T. Parent psychoeducation groups in the treatment of adolescents with eating disorders. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2005; 54: 303-17
- Kavoura V, Kourtis SG, Zoidis P, Andritsakis DP, Doukoudakis A. Full-mouth rehabilitation of a patient with bulimia nervosa. A case report. *Quintessence Int* 2005; 36: 501-10
- Khan MU, Patel AG, Wilbur SL, Khan IA. Electrocardiographic changes in combined electrolyte depletion. *Int J Cardiol* 2007; 116: 276-8
- Lehmkuhl U. Anorexia and bulimia. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2005; 54: 247
- Ljotsson B, Lundin C, Mitsell K, Carlbring P, Ramklint M, Ghaderi A. Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: a randomized trial of Internet-assisted cognitive behavioural therapy. *Behav Res Ther* 2007; 45: 649-61
- Luce KH, Engler PA, Crowther JH. Eating disorders and alcohol use: group differences in consumption rates and drinking motives. *Eat Behav* 2007; 8: 177-84
- Martinez E, Castro J, Bigorra A, Morer A, Calvo R, Vila M et al. Assessing motivation to change in bulimia nervosa: the Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire. *Eur Eat Disord Rev* 2007; 15: 13-23
- Matsumoto T, Yamaguchi A, Asami T, Okada T, Yoshikawa K, Hirayasu Y. Characteristics of self-cutters among male inmates: association with bulimia and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59: 319-26
- Monteleone P, Santonastaso P, Tortorella A, Favaro A, Fabrazzo M, Castaldo E et al. Serotonin transporter polymorphism and potential response to SSRIs in bulimia nervosa. *Mol Psychiatry* 2005; 10: 716-8
- Monteleone P, Tortorella A, Martiadis V, Serino I, Di Filippo C, Maj M. Association between A218C polymorphism of the tryptophan-hydroxylase-1 gene, harm avoidance and binge eating behavior in bulimia nervosa. *Neurosci Lett* 2007; 421: 42-6
- Nakahira H, Tomotake M, Ohmori T. Fluvoxamine induced complex partial seizure in the treatment of bulimia nervosa. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27: 148-50
- Olson AF. Outpatient management of electrolyte imbalances associated with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Infus Nurs* 2005; 28: 118-22

- Openshaw C, Waller G. Psychometric properties of the Stirling Eating Disorder Scales with bulimia nervosa patients. *Eat Behav* 2005; 6: 165-8
- Perez M, Hernandez A, Clarke A, Joiner TE Jr. Analysis of bulimic symptomatology across age and geographic locations. *Eat Behav* 2007; 8: 136-42
- Reverend Steven W Emmett. The therapist's voice: the Sated Starver. *Eat Disord* 2007; 15: 81-4
- Rouget P, Carrard I, Archinard M. Self-treatment for bulimia on the Internet: first results in Switzerland. *Rev Med Suisse* 2005; 1: 359-61
- Solomon LW, Merzianu M, Sullivan M, Rigual NR. Necrotizing sialometaplasia associated with bulimia: case report and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Patbol Oral Radiol Endod* 2007; 103: e39-e42
- Sundblad C, Landén M, Eriksson T, Bergman L, Eriksson E. Effects of the androgen antagonist flutamide and the serotonin reuptake inhibitor citalopram in bulimia nervosa: a placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychopharmacol* 2005; 25: 85-8
- Sysko R, Walsh BT, Fairburn CG. Eating Disorder Examination-Questionnaire as a measure of change in patients with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005; 37: 100-6
- Thiels C. Guided self-change for bulimia. *BR J Psychiatry* 2005; 187: 189
- Unoka Z, Tölgyes T, Czobor P. Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. *Compr Psychiatry* 2007; 48: 199-204
- Vaz Leal FJ, Guisado Macías JA, García-Herraiz MA, López Vinuesa B, Monge Bautista M, Bolívar Perálvarez M. History of sexual abuse in patients with bulimia nervosa: its influence on clinical status. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33: 135-40
- Vázquez Morejón AJ, García-Bóveda RJ, Vázquez-Morejón Jiménez R. Psychometric characteristics of Spanish adaptation of a Test for Bulimia (BULIT). *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35: 309-14
- Wittenberger A. On the psychodynamics of an adolescent bulimia patient. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2005; 54: 337-53
- Wonderlich SA, Crosby RD, Joiner T, Peterson CB, Bardone-Cone A, Klein M et al. Personality subtyping and bulimia nervosa: psychopathological and genetic correlates. *Psychol Med* 2005; 35: 649-57