



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Dipartimento di Medicina
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE:
IL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL PROCESSO TERAPEUTICO**

Relatore: Prof. Mantoan Claudio

Correlatore: Franceschetto Claudio

Laureando: Franceschetto Martina

Matricola 1048052

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

INDICE

ABSTRACT

Background, Scopo della tesi, Metodi, Risultati

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1	5
1.1.1 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	5
1.1.2 Pica	5
1.1.3 Disturbo da ruminazione	7
1.1.4 Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo	8
1.1.5 Anoressia nervosa	9
1.1.6 Bulimia nervosa	12
1.1.7 Disturbo da binge-eating	14
1.1.8 Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione	16
1.1.9 Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione	16
1.2.1 Trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	17
1.2.2 Trattamento farmacologico	17
1.2.3 Terapia comportamentale	18
1.2.4 Trattamento cognitivo-comportamentale	18
1.2.5 Altri trattamenti psicologici	20
1.3.1 Epidemiologia dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	20
CAPITOLO 2	23
2.1 Definizione del quesito di ricerca in forma narrativa	23
2.2 Definizione del quesito di ricerca attraverso il metodo PICO	23
2.3 Parole chiave, fonti dei dati e criteri di selezione del materiale	23
CAPITOLO 3	25
3.1 Risultati della ricerca	25
3.2.1 Elenco degli articoli selezionati	27

3.2.2	Suggested community psychiatric nursing interventions with clients suffering from anorexia nervosa and bulimia nervosa. Meades S, 1993	27
3.2.3	The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. George L, 1997	28
3.2.4	Mental health nursing. PAT: advanced nursing interventions for eating disorders. Holyoake D; Jenkins M, 1998	28
3.2.5	Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. Ramjan LM, 2004	29
3.2.6	The parent experience of eating disorders: interactions with health professionals. McMaster R; Beale B; Hillege S; Nagy S, 2004	29
3.2.7	Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. Van Ommen J; Meerwijk EL; Kars M; Van Elburg A; Van Meijel B, 2009	30
3.2.8	Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. Lynlee Snell, Marie Crowe and Jenny Jordan, 2010	31
3.2.9	Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. Bakker, René; van Meijel, Berno; Beukers, Laura; van Ommen, Joyce; Meerwijk, Esther; van Elburg, Annemarie, 2011	31
3.2.10	Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. GísladÓTtir, M.; SvavarsdÓTtir, E. K., 2011	32
3.2.11	The Anorexia Relapse Prevention Guidelines in Practice: A Case Report. Berends, Tamara; Van Meijel, Berno; Van Elburg, Annemarie, 2012	32
3.2.12	Leadership qualities when providing therapy for women who suffer from eating difficulties. Rørtveit, Kristine; Severinsson, Elisabeth, 2012	33

3.2.13 Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. Joel Zugai, Jane Stein-Parbury and Michael Roche, 2013	34
3.3.1 Linea guida	34
CAPITOLO 4	37
4.1 Analisi dei risultati degli articoli selezionati	37
4.2 Conclusioni	38
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATO 1	
ALLEGATO 2	

ABSTRACT

1. Background

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un alterato consumo o assorbimento di cibo, che compromette significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale dell'individuo.

Pica: persistente ingestione di sostanze non commestibili, per un periodo di almeno un mese. Il comportamento è inappropriato rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo.

Disturbo da ruminazione: ripetuto rigurgito di cibo non dovuto a condizione gastrointestinale per un periodo di almeno un mese. Il cibo può essere poi rimasticato, ringoiato o sputato.

Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo: evitamento del cibo che porta a significativa perdita di peso, deficit funzionale, dipendenza dalla nutrizione parenterale o da supplementi nutrizionali orali e marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.

Anoressia nervosa: restrizione nell'assunzione di calorie, che porta ad un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso. Peso e forma del corpo vissuti dall'individuo in modo alterato.

Bulimia nervosa: ricorrenti episodi di abbuffata in cui in si ingerisce una quantità di cibo superiore alla norma, con una sensazione di perdita di controllo. Inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto o abuso di lassativi. Livelli di autostima influenzati da peso e forma del corpo.

Disturbo da binge-eating: mangiare molto più rapidamente del normale una quantità di cibo eccessiva, fino a sentirsi sgradevolmente pieni, anche se non ci si sente affamati, con la sensazione di perdere il controllo. Non ci sono condotte compensatorie. L'incidenza dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione è in aumento, in particolare l'anoressia tra le ragazze tra i 12 e i 25 anni ha una prevalenza pari allo 0.5-1% rispetto alla popolazione generale, mentre quella della bulimia è dell'1-3%. Il rapporto tra il sesso femminile e quello maschile è di 9:1 per l'anoressia e di 20:1 per la bulimia.

2. Scopo della tesi

La figura dell'infermiere è inserita in un'equipe multiprofessionale in cui non è sempre facile stabilire quale sia il ruolo di ognuno. Questo porta ad una difficoltà nell'individuare quali siano gli interventi di assistenza infermieristica, ma soprattutto nel valutare la loro efficacia e rilevanza all'interno del processo di trattamento del disturbo.

Lo scopo di questa tesi è definire i possibili interventi di assistenza infermieristica e la loro importanza nel miglioramento della qualità di vita del paziente.

3. Metodi

Successivamente alla definizione del quesito in forma narrativa e con il metodo PICO è stata prodotta una ricerca nei database *PubMed*, *CINAHL plus with full text* e *National Guideline Clearinghouse*, utilizzando delle parole chiave inserite in alcune stringhe di ricerca.

Tra i 777 risultati della ricerca sono stati selezionati 12 articoli ed una linea guida che descrivono il ruolo dell'infermiere nel trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

4. Risultati

In seguito alla ricerca si è potuto definire i punti principali dell'assistenza infermieristica:

- Instaurare una relazione terapeutica
- Coinvolgimento e formazione dei familiari
- Inserimento del paziente in reparto e normalizzazione dei modelli di alimentazione
- Miglioramento dell'autonomia del paziente
- Ripresa di un sano esercizio fisico
- Sviluppo della socialità
- Prevenzione delle ricadute

Inoltre la ricerca ha evidenziato come gli infermieri necessitino di una preparazione adeguata per poter fare assistenza a questi pazienti.

INTRODUZIONE

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione caratterizzano le società moderne molto più che in passato. Un tempo il problema reale era la fame e procacciarsi del cibo non era così semplice, attualmente però il cibo è disponibile con abbondanza e continuità e si è passati dal chiedersi "Cosa mangio oggi?" al "Cosa devo evitare di mangiare oggi?". Per lo stesso motivo sono dei disturbi presenti soprattutto nelle società con maggiori disponibilità economiche.

A soffrirne è circa il 9% della popolazione, con un esordio tra i 12 e i 35 anni e si tratta prevalentemente di donne, ma è in aumento anche tra gli uomini. (Mantovan, 2009)

L'immagine del corpo ideale è cambiata molto nel corso della storia, nell'Epoca Rinascimentale lo stereotipo della bellezza femminile era la donna dal corpo giunonico, le forme abbondanti rappresentavano la ricchezza e il ceto nobiliare di appartenenza.

Negli anni Venti veniva elogiato il corpo asciutto, magro, con caratteri androgini e si apprezzava il fisico atletico.

Negli anni Cinquanta, dopo le ristrettezze economiche e la guerra, negli USA comparivano nelle riviste le prime pin-up formose, con fianchi e seno abbondante, simbolo della rinascita economica.

Negli anni Sessanta in concomitanza con la nascita del movimento femminista si verificava una rivoluzione estetica e si diffondeva la cultura dello sport con un corpo sottile, longilineo, tonico e scattante simile agli anni Venti.

Negli anni Ottanta si tornava all'amore per le forme e alle misure 90-60-90, con curve abbondanti, ma abbinata ad un giro vita sottile.

Negli anni Novanta e nel terzo millennio si riafferma la magrezza come canone estetico, associata a sicurezza in sé, determinazione e autoaffermazione sociale.

Per quanto riguarda i mass media si hanno pressioni sociali che possono essere anche contrastanti, da un lato vengono pubblicizzati cibi con alto contenuto calorico e con confezioni dai colori sgargianti che attirano l'attenzione, dall'altro le industrie di alta moda diffondono un esempio di corpo ideale sempre più esile e sottile, con modelle scheletriche e stereotipate. D'altra parte quale miglior modo di mettere in risalto un capo d'abbigliamento se non facendolo indossare ad un corpo privo di forma, si distoglie lo sguardo dalla persona sotto l'abito per concentrare il pubblico su di esso.



Figura 1-Chiara Biasi

Il fenomeno più recente è quello delle cosiddette fashion blogger, che al giorno d'oggi sono delle vere e proprie icone nella società e spesso anche il loro fisico viene idolatrato e visto come modello da raggiungere. Una di loro è Chiara Biasi (Figura 1), sui social network ultimamente si è discusso molto su di lei e della sua eccessiva magrezza, tuttavia lei stessa si definisce in ottima salute.

Questo tipo di disturbo non riguarda solo le donne e gli uomini non ne sono esenti. Anche loro sono potenziali consumatori di prodotti per l'estetica e

nelle riviste compaiono modelli dal fisico asciutto e atletico.

Negli ultimi tempi si è assistito ad un aumento della percentuale di popolazione maschile affetta da disturbi alimentari, negli ultimi anni tra gli uomini l'anoressia negli USA è salita dall'1 al 7%. (Mantoan, 2009)

Un emblema della lotta contro l'anoressia è stata Isabelle Caro (Figura 2), che nel 2007 posò nuda per una campagna pubblicitaria del fotografo Oliviero Toscani. Morì il 17 Novembre 2010 a 28 anni, pesava 31kg per 164cm di altezza.



Figura 2-Isabelle Caro, foto di Oliviero Toscani

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione possono essere

trattati con un approccio ambulatoriale o con il trattamento ospedaliero che si differenzia in tre tipologie: il ricovero acuto in caso di emergenza, il ricovero in day hospital o il ricovero riabilitativo. In ogni caso l'infermiere è presente nel reparto e la sua importanza è oggetto di studio e di ricerca negli ultimi decenni.

In un'equipe in cui sono presenti più figure professionali tra cui medici, psichiatri, psicologi e dietisti non è facile capire quali siano precisamente gli interventi che l'infermiere mette in atto durante l'assistenza e può non essere facile valutarne l'efficacia e la rilevanza all'interno del processo.

L'obiettivo di questa tesi è quello di cercare di definire, attraverso una ricerca nelle banche dati mediche e scientifiche, quali siano gli interventi infermieristici che vengono effettuati durante il trattamento di questi disturbi e soprattutto capire quanto influiscano sulla prognosi o sul miglioramento della qualità di vita del paziente, sia durante che dopo il ricovero.

Nel primo capitolo verranno presentati i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, i metodi di trattamento e l'incidenza nella popolazione italiana. Nel secondo verranno illustrati i metodi con cui è stata condotta la ricerca. Nel terzo e nel quarto verranno presentati e analizzati i risultati della ricerca.

CAPITOLO 1

1.1.1 DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione oppure da comportamenti inerenti l'alimentazione che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e che compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale. (American Psychiatric Association, 2014)

Nel DSM-V vengono forniti dei criteri diagnostici per la pica, il disturbo da ruminazione, il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da binge-eating. Lo schema di classificazione è reciprocamente esclusivo, così che da un singolo episodio sia possibile giungere solamente ad una diagnosi. Questo perché nonostante un certo numero di caratteristiche comportamentali e psicologiche siano comuni, i disturbi si differenziano poi per decorso clinico, esito e trattamenti.

L'obesità nel DSM-V non è stata considerata un disturbo mentale perché viene definita come il risultato di un introito di calorie continuato nel tempo ed eccessivo rispetto al consumo individuale e al suo sviluppo concorrono fattori genetici, fisiologici, comportamentali e ambientali che variano tra individui. Tuttavia viene riconosciuta un'associazione tra l'obesità ed un certo numero di disturbi mentali.

Nell'Allegato 1 è possibile consultare la classificazione ICD-10.

1.1.2 PICA

Criteri diagnostici DSM-V:

- A. Persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili per un periodo di almeno 1 mese.
- B. L'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili è inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo.
- C. Il comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata.
- D. Se il comportamento di ingestione si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva [disturbo dello sviluppo intellettivo]),

disturbo dello spettro dell'autismo, schizofrenia) o di un'altra condizione medica, è sufficientemente grave da giustificare un'ulteriore attenzione clinica.

Specificare se:

In remissione: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la pica, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

(American Psychiatric Association, 2014)

La natura delle sostanze ingerite varia a seconda dell'età dell'individuo e della disponibilità delle sostanze stesse. Il termine non commestibile viene utilizzato perché la diagnosi non venga applicata nel caso di utilizzo di prodotti dietetici con minimo apporto calorico.

Tra i fattori di rischio ci sono l'abbandono, la mancanza di controllo e il ritardo dello sviluppo.

L'esordio può avvenire più comunemente in età infantile, anche nei bambini con sviluppo altrimenti normale, ma anche in adolescenza o in età adulta in soggetti con disabilità intellettiva o con altri disturbi mentali. Può manifestarsi anche durante la gravidanza, quando possono sorgere desideri incontrollati, ma la diagnosi è appropriata solo se l'ingestione di sostanze non commestibili costituisce un potenziale rischio medico.

Spesso non vengono riscontrate anomalie biologiche specifiche. Alcuni casi giungono all'attenzione clinica solo nel momento in cui si presentano delle complicazioni mediche generali come ostruzioni, problemi meccanici all'intestino, infezioni o avvelenamento. Gli esami di laboratorio vengono utilizzati per accertare i livelli di avvelenamento o la natura dell'infezione. La diagnosi di pica non è giustificata nel caso di alcune popolazioni in cui l'ingestione di sostanze non commestibili ha un valore spirituale, medico o sociale, o viene ritenuta una pratica culturalmente sancita o socialmente normata.

Durante il decorso del disturbo si possono avere delle emergenze mediche ed in base alle sostanze ingerite può essere potenzialmente fatale.

Come conseguenza della pica si può avere una compromissione del funzionamento fisico ed accompagnata da altri disturbi che compromettono funzionamento sociale.

Non è chiaro quali siano i tassi di prevalenza, ma sembra che negli individui con disabilità intellettiva aumenti con la gravità della condizione. Si riscontra sia nei maschi che nelle femmine.

1.1.3 DISTURBO DA RUMINAZIONE

Criteri diagnostici DSM-V:

- A. Ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno un mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, ringoiato o sputato.
- B. Il rigurgito ripetuto non è attribuibile a una condizione gastrointestinale associata a un'altra condizione medica (per es., reflusso gastroesofageo, stenosi del piloro).
- C. Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.
- D. Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva [disturbo dello sviluppo intellettivo] oppure un altro disturbo del neurosviluppo), sono sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica.

Specificare se:

In remissione: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da ruminazione, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

(American Psychiatric Association, 2014)

Il cibo può essere anche parzialmente digerito e viene rigurgitato all'interno della bocca senza apparente nausea, conati di vomito involontari o disgusto. Il comportamento viene descritto come abituale o comunque come al di fuori del controllo e solitamente si verifica almeno diverse volte a settimana. Può accadere che adolescenti e adulti, che hanno maggior coscienza del problema, tentino di mascherare il rigurgito nascondendo la bocca con una mano o tossendo, alcuni invece evitano di mangiare in pubblico.

Tra i fattori di rischio troviamo la mancanza di stimolazione, l'abbandono, lo stress e i problemi all'interno della relazione tra genitori e bambino.

L'età d'esordio tra i bambini è tra i 3 e i 12 mesi e spesso va incontro a remissione spontanea, ma nel caso si protragga il bambino può andare incontro ad emergenze mediche.

La diagnosi di questo disturbo può essere eseguita lungo l'intero arco di vita, specialmente in individui che presentano disabilità intellettiva. Molte volte il disturbo viene evidenziato direttamente durante l'osservazione del caso, altre volte è necessario

ricorrere ai dati che vengono riportati dall'individuo stesso o da parte dei genitori o del caregiver. Alcune caratteristiche comuni sono la perdita di peso o nei neonati l'incapacità di incrementarlo come previsto.

Questo disturbo può avere un decorso caratterizzato da singoli episodi, oppure essere continuativo fino al trattamento.

Nei casi più gravi quando il rigurgito è accompagnato da una scarsa assunzione di cibo può manifestarsi la malnutrizione, che può causare un ritardo nella crescita e influire negativamente sulle capacità di apprendimento.

Non sono disponibili dati precisi sulla prevalenza del disturbo, ma risulta più comune negli individui con disabilità intellettiva.

1.1.4 DISTURBO EVITANTE/RESTRITTIVO DELL'ASSUNZIONE DI CIBO

Criteria diagnostici DSM-V:

- A. Un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione (per es., apparente mancanza di interesse per il mangiare o per il cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; preoccupazione relativa alle conseguenze negative del mangiare) che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le appropriate necessità nutrizionali e/o energetiche, associato a uno (o più) dei seguenti aspetti:
 - 1. Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale previsto oppure una crescita discontinua nei bambini).
 - 2. Significativo deficit nutrizionale.
 - 3. Dipendenza dall'alimentazione parenterale oppure da supplementi nutrizionali orali.
 - 4. Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.
- B. Il disturbo non è meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo o da una pratica associata culturalmente stabilita.
- C. Il disturbo dell'alimentazione non si verifica esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa, e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti il peso o la forma del proprio corpo.
- D. Il disturbo dell'alimentazione non è attribuibile a una condizione medica concomitante e non può essere meglio spiegato da un altro disturbo mentale. Quando il disturbo dell'alimentazione si verifica nel contesto di un'altra

condizione o disturbo, la gravità del disturbo dell'alimentazione eccede quella normalmente associata alla condizione o al disturbo e giustifica ulteriore attenzione clinica.

Specificare se:

In remissione: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, i criteri non sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

(American Psychiatric Association, 2014)

Tra i fattori di rischio possiamo trovare disturbi d'ansia e disturbi dello spettro dell'autismo e il disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività. Altri fattori includono l'ansia e una storia di condizioni gastrointestinali. Si è osservato che nei figli di madri con disturbi dell'alimentazione il rischio aumenta.

L'evitamento o la restrizione dell'assunzione di cibo di presentano soprattutto nella prima infanzia e possono prolungarsi fino all'età adulta. I bambini possono essere irritabili e difficili da confortare durante l'alimentazione e in alcuni casi è proprio il rapporto tra genitore e bambino a contribuire al problema.

La soddisfazione dei criteri diagnostici si basa sulla valutazione clinica, i marker diagnostici comprendono malnutrizione, basso peso, ritardo nella crescita e necessità di nutrizione artificiale in assenza di chiare condizioni mediche (oltre alla scarsa assunzione di cibo). In alcuni individui questo disturbo può essere dovuto alle caratteristiche del cibo e si manifesta con il rifiuto di cibi particolari.

Nei casi più gravi, in particolare nei neonati, la malnutrizione può essere un pericolo per la vita ed è necessario ricorrere all'alimentazione parenterale o a nutrizioni orali supplementari. L'inadeguato apporto nutrizionale può causare un ritardo nello sviluppo e nella crescita.

Il disturbo è ugualmente comune nei maschi e nelle femmine.

1.1.5 ANORESSIA NERVOSA

Criteri diagnostici DSM-V:

- A. Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di

quello minimo previsto.

- B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.
- C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Specificare quale:

- (F50.01) Tipo con restrizioni: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.
- (F50.02) Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

Specificare se:

- In remissione parziale: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, il Criterio A (basso peso corporeo) non è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo, ma sia il Criterio B (intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) sia il Criterio C (alterazioni della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo) sono ancora soddisfatti.
- In remissione completa: Successivamente alla recedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, non è stato soddisfatto nessuno dei criteri per un consistente periodo di tempo.

Specificare la gravità attuale:

Il livello minimo di gravità si basa, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (IMC) (si veda sotto) oppure, per bambini e adolescenti, sul percentile dell'IMC. I range sono derivati dalle categorie dell'Organizzazione mondiale della sanità per la magrezza

negli adulti; per bambini e adolescenti, dovrebbero essere utilizzati i percentili dell'IMC corrispondenti. Il livello di gravità può essere aumentato al fine di riflettere i sintomi clinici, il grado della disabilità funzionale e la necessità di una supervisione.

Lieve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderata: $IMC 16-16.99 \text{ kg/m}^2$

Grave: $IMC 15-15.99 \text{ kg/m}^2$

Estrema: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

(American Psychiatric Association, 2014)

La paura e la preoccupazione di aumentare di peso non sono riconosciute dall'individuo e spesso non scompaiono con il calo ponderale. Alcuni ammettono di essere magri, ma restano nella convinzione che alcune parti del loro corpo, siano ancora troppo grasse. Tendono a pesarsi in continuazione e controllare il proprio corpo allo specchio diventa un'ossessione, la percezione della propria influenza altamente sull'autostima. Ci può essere anche una preoccupazione nel mangiare in pubblico, sentimenti di inadeguatezza, un forte desiderio di tenere sotto controllo l'ambiente circostante ed espressività emotiva eccessivamente repressa.

Tra i fattori di rischio troviamo i disturbi d'ansia, ma anche culture e ambienti in cui la magrezza viene considerata un valore. Il rischio è maggiore quando tra i parenti biologici di primo grado sono presenti individui con questo disturbo.

Comunemente questo disturbo esordisce durante l'adolescenza o la prima età adulta ed è spesso associato ad un evento stressante.

Questo disturbo ha molti marker diagnostici che possono essere ematici, biochimici, endocrini oppure rilevabili con elettrocardiogramma o elettroencefalogramma. Si può osservare una bassa densità minerale ossea. La maggiore evidenza comunque è rappresentata dall'emaciazione, poi possono essere presenti anche ipotensione, ipotermia, bradicardia, ma anche edemi periferici, petecchie o ecchimosi e colorazione giallastra della cute. Spesso gli individui affetti da questo disturbo mancano di consapevolezza, è quindi importante raccogliere dati dai familiari o da altre fonti.

In alcuni casi si ha la completa guarigione dopo il singolo episodio, altri hanno un decorso cronico e può essere necessario ricorrere ad un ricovero per recuperare il peso e risolvere eventuali complicazioni mediche.

Il semidigiuno e le condotte di eliminazione possono portare a condizioni mediche

potenzialmente pericolose per la vita. I segni e i sintomi depressivi compaiono quando l'individuo è gravemente sottopeso e spesso ci possono essere manifestazioni ossessivo-compulsive, soprattutto correlate al cibo. Il decesso si verifica più comunemente per complicazioni mediche o in seguito a suicidio. Gli individui con anoressia nervosa presentano un alto rischio di suicidio, nella valutazione quindi è utile verificare la presenza di ideazione.

L'anoressia nervosa è molto meno comune nei maschi rispetto alle femmine.

1.1.6 BULIMIA NERVOSA

Criteria diagnostici DSM-V:

- A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
1. Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
 2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quando si sta mangiando).
- B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.
- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Specificare se:

- In remissione parziale: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, alcuni, ma non tutti, i criteri sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.
- In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei

criteri per la bulimia nervosa, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Specificare la gravità attuale:

Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza di condotte compensatorie inappropriate (si veda sotto). Il livello di gravità può essere aumentato per riflettere altri sintomi e il grado di disabilità funzionale.

Lieve: Una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

Moderata: Una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

Grave: Una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

Estrema: Una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

(American Psychiatric Association, 2014)

Indicatore della perdita di controllo descritta nei criteri è l'incapacità di astenersi o di smettere di mangiare una volta che si è iniziato. Le abbuffate sono caratterizzate più dall'anomala quantità di cibo ingerita che dalla tipologia di cibo. Solitamente questi episodi avvengono in solitudine perché gli individui provano vergogna per la loro condizione e tendono a nascondere i sintomi. Per quanto riguarda le condotte compensatorie per evitare l'aumento di peso il vomito autoindotto è quella più comune, tra i metodi adottati l'uso delle dita o di altri strumenti per stimolare il riflesso faringeo. Raramente vengono utilizzati emetici, in alternativa vengono utilizzati i lassativi e i diuretici. Altri metodi utilizzati sono il digiuno per uno o più giorni o il ricorso ad attività fisica intensa.

Tra i fattori scatenanti possiamo trovare principalmente le forti emozioni negative, ma anche condizioni di stress, restrizioni dietetiche ed una visione negativa del proprio corpo. Altri fattori di rischio sono bassa autostima e abusi sessuali o fisici durante l'infanzia.

L'esordio avviene in adolescenza o nella prima età adulta e le abbuffate in genere iniziano durante o dopo un periodo di restrizioni dietetiche o eventi stressanti.

Non esistono specifici marker diagnostici per l'identificazione della malattia, durante l'esame obiettivo l'ispezione della bocca può rivelare una significativa e permanente perdita dello smalto dentale dovuta al vomito ripetuto. Le ghiandole salivari possono

essere ingrossate. Gli individui con bulimia si presentano nei limiti di peso normale o di sovrappeso.

Il decorso può essere cronico o intermittente, le fasi di remissione si alternano alla ricomparsa delle abbuffate. Esiste un sottogruppo di individui che continua ad abbuffarsi ma non ricorre più alle condotte compensatorie.

Le condotte di eliminazione possono essere così frequenti da causare gravi alterazioni all'equilibrio elettrolitico. Lacerazioni esofagee, rottura gastrica e aritmie cardiache sono complicanze rare ma potenzialmente fatali. Questa malattia presenta un elevato rischio di suicidio.

Questo disturbo è molto meno comune nei maschi rispetto alle femmine.

1.1.7 DISTURBO DA BINGE-EATING

Criteri diagnostici DSM-V:

A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:

1. Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

B. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti aspetti:

1. Mangiare molto più rapidamente del normale.
2. Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni.
3. Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente affamati.
4. Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
5. Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.

C. È presente marcato disagio riguardo alle abbuffate.

D. L'abbuffata si verifica, mediamente, almeno una volta a settimana per 3 mesi.

E. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica

esclusivamente in corso di bulimia o anoressia nervosa.

Specificare se:

- In remissione parziale: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge-eating, gli episodi di abbuffata si verificano con una frequenza media di meno di un episodio a settimana per un consistente periodo di tempo.
- In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge-eating, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Specificare la gravità attuale:

Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza degli episodi di abbuffata (si veda sotto). Il livello di gravità può essere aumentato per riflettere altri sintomi e il grado di disabilità funzionale.

Lieve: Da 1 a 3 episodi di abbuffata a settimana.

Moderata: Da 4 a 7 episodi di abbuffata a settimana.

Grave: Da 8 a 13 episodi di abbuffata a settimana.

Estrema: 14 o più episodi di abbuffata a settimana.

(American Psychiatric Association, 2014)

Gli individui con questo disturbo si vergognano della loro condizione e ne nascondono i sintomi. Può essere associato ad individui normopeso, sovrappeso e obesi.

Si è notato come questo disturbo sembri essere ricorrente nelle famiglie, ciò può riflettere influenze genetiche.

Per quanto riguarda lo sviluppo del disturbo si sa ancora poco, nei bambini si verificano sia le abbuffate sia episodi di alimentazione incontrollata senza eccessivo consumo di cibo, l'abbuffarsi è comune negli adolescenti e nei soggetti in età universitaria. In molti casi le abbuffate sono seguite dalla dieta.

I tassi di remissione sono maggiori rispetto alla bulimia o all'anoressia.

Tra le conseguenze del disturbo da binge-eating i problemi di adattamento sociale, la compromissione della qualità di vita, aumento della morbilità e della mortalità.

Il rapporto di genere del disturbo da binge-eating è molto meno asimmetrico rispetto alla bulimia nervosa.

1.1.8 DISTURBO DELLA NUTRIZIONE O DELL'ALIMENTAZIONE CON ALTRA SPECIFICAZIONE

1. **Anoressia nervosa atipica:** Sono soddisfatti tutti i criteri per l'anoressia nervosa, salvo che, nonostante una significativa perdita di peso, il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra del range di normalità.
2. **Bulimia nervosa (a bassa frequenza e/o di durata limitata):** Sono soddisfatti tutti i criteri per la bulimia nervosa, salvo che le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano, mediamente, meno di una volta a settimana e/o per meno di 3 mesi.
3. **Disturbo da binge-eating (a bassa frequenza e/o di durata limitata):** Sono soddisfatti tutti i criteri per il disturbo da binge-eating, salvo che le abbuffate si verificano, mediamente, meno di una volta a settimana e/o per meno di 3 mesi.
4. **Disturbo da condotta di eliminazione:** Ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo (per es., vomito autoindotto; uso improprio di lassativi, diuretici, o altri farmaci) in assenza di abbuffate.
5. **Sindrome da alimentazione notturna:** Ricorrenti episodi di alimentazione notturna, che si manifestano mangiando dopo il risveglio dal sonno oppure con l'eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale. Vi sono consapevolezza e ricordo di aver mangiato. L'alimentazione notturna non è meglio spiegata da influenze esterne come la modificazione del ciclo sonno-veglia dell'individuo oppure da norme sociali locali. L'alimentazione notturna causa un significativo disagio e/o compromissione del funzionamento. I pattern di alimentazione disordinata non sono meglio spiegati dal disturbo da binge-eating o da un altro disturbo mentale, compreso l'uso di sostanze, e non sono attribuibili ad un altro disturbo medico oppure all'effetto di farmaci.

(American Psychiatric Association, 2014)

1.1.9 DISTURBO DELLA NUTRIZIONE O DELL'ALIMENTAZIONE SENZA SPECIFICAZIONE

Comprende le manifestazioni in cui i sintomi sono caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale o lavorativo, ma non soddisfano pienamente i criteri per uno dei qualsiasi disturbi della classe diagnostica dei disturbi.

Comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una

diagnosi più specifica. (American Psychiatric Association, 2014)

1.2.1 TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

La complessità dei disturbi alimentari e la loro genesi multifattoriale impone che il loro trattamento includa una combinazione di approcci diversificati e integrati tra loro. La collocazione al limite tra lo psichico e il somatico dei disturbi implica che nel trattamento richiedano metodi di cura specifici e diversi, la cui integrazione costituisce il problema clinico e terapeutico fondamentale. Le diverse figure professionali del team devono collaborare e coesistere in modo efficace e perché accada le aree di competenza devono essere ben distinte e bisogna tener conto sia del versante biologico che di quello psichico. Le modalità di intervento vengono studiate sulle caratteristiche cliniche di ciascun paziente e proposte rispetto al livello di gravità del disturbo, dall'emergenza al trattamento ambulatoriale.

Distinguiamo i seguenti interventi:

- Il trattamento in regime di ricovero ospedaliero
- Il trattamento in day-hospital
- Il trattamento ambulatoriale

(Tatarelli, 2009)

1.2.2 TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

La ricerca sul trattamento farmacologico dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione ha dimostrato il beneficio clinico di alcuni farmaci, ma lascia molti dubbi sulla loro utilizzazione e sulla loro efficacia. Secondo alcune fonti la farmacoterapia in questi disturbi ha un valore molto limitato e si è concordi sul fatto che non debba essere l'unica modalità di trattamento.

Nell'anoressia nervosa si è pensato di usare farmaci antipsicotici per contrastare il grave disturbo della percezione dell'immagine corporea, possono essere utilizzati anche per ridurre l'ansia ingestibile o l'ossessività marcata. I farmaci antidepressivi SSRI (inibitori selettivi del reuptake della serotonina) vengono considerati quando nei pazienti con anoressia nervosa i sintomi depressivi, ossessivi o compulsivi sono predominanti. Infine gli ansiolitici sono a volte utilizzati con successo per attenuare l'ansia anticipatoria prima

dei pasti. Tuttavia gli studi sull'utilizzo di questi farmaci non hanno mostrato effetti benefici statisticamente significativi.

Per quanto riguarda invece la bulimia nervosa il trattamento farmacologico si è rivelato meno deludente rispetto all'anoressia nervosa. Gli antidepressivi si sono infatti rivelati utili nella clinica e ciò si è osservato attraverso numerosi studi controllati. In modo specifico tra gli SSRI (inibitori selettivi del reuptake della serotonina) la fluoxetina e tra i triciclici l'imipramina e la desipramina, hanno dimostrato una maggiore efficacia rispetto al placebo. Il vero problema resta comunque quello di non poter affermare con certezza che il beneficio ottenuto inizialmente con questi farmaci si mantenga nel tempo. (Tatarelli, 2009)

1.2.3 TERAPIA COMPORTAMENTALE

I principi comportamentali del condizionamento operante e della desensibilizzazione sistematica si sono rivelati molto efficaci nella modificazione dei comportamenti associati all'anoressia nervosa.

- Modificazione delle contingenze di rinforzo: è necessario stabilire anzitutto quali sono gli elementi rinforzanti per un determinato paziente. Si è verificato che alti livelli di attività sono gratificanti, quindi l'attività è stata usata come rinforzo in molti programmi di condizionamento operante. In altri casi si è utilizzata l'opportunità di socializzare e per altri ancora i cibi e le sigarette preferite. È stata sottolineata l'importanza di un feedback quotidiano sui progressi di adattamento.
- Desensibilizzazione sistematica: altri metodi sono centrati principalmente sulle componenti fobiche del disturbo e utilizzano la desensibilizzazione sistematica per ridurre la paura dell'obesità, delle critiche o del rifiuto.

(Melamed & Siegel, 1983)

1.2.4 TRATTAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Il modello cognitivo-comportamentale individua, tra i fattori che possono mantenere e perpetuare i sintomi, quelli più collegati a problematiche irrisolte di natura interpersonale dove la relazione con l'altro diventa difficile da definire, da interrompere o accettare.

Nei soggetti si rileva un elevato livello di depressione e di ansia sociale con un comportamento sociale restrittivo derivante da problematiche legate all'autostima, al corpo, all'immagine corporea ed a scarso autocontrollo.

Dal diario alimentare risulta che il cibo è considerato l'unica fonte di sollievo ed il ricorso

ad esso avviene nei momenti in cui è più difficile tollerare la frustrazione causata dalle emozioni considerate difficili da sopportare e da discriminare tra loro.

L'applicazione del modello cognitivo-comportamentale permette ai pazienti di prendere coscienza dell'utilizzo inadeguato della dieta e di ridurre i comportamenti errati sostituendoli con strumenti più idonei.

A livello cognitivo la terapia si focalizza su:

- La concettualizzazione del problema e degli schemi cognitivi disfunzionali
- L'automonitoraggio
- L'educazione sulle regole e sugli aspetti chiave del comportamento alimentare

A livello comportamentale l'intervento terapeutico è mirato a incrementare le abilità di assertività e di problem solving e a fare esercizi di esposizione per l'immagine corporea. (Balbo, 2005)

La terapia cognitivo-comportamentale si adatta perfettamente al trattamento di problemi di abbuffate compulsive, perché i suoi elementi cognitivi si rivolgono agli aspetti cognitivi di questi problemi, mentre le sue componenti comportamentali affrontano le disturbate abitudini alimentari.

Gli elementi centrali dell'approccio cognitivo comportamentale:

1. Prima fase
 - a. Registrare dettagliatamente tutto quello che si mangia nel momento in cui lo si fa, assieme ai relativi pensieri e sensazioni
 - b. Introdurre uno schema di alimentazione regolare, rimuovendo quindi molte abbuffate compulsive
 - c. Usare comportamenti alternativi per aiutarsi a resistere al bisogno di abbuffarsi
 - d. Ricevere informazioni su cibo, alimentazione, forma, peso corporeo
2. Seconda fase
 - a. Introdurre nella dieta i cibi evitati ed eliminare gradualmente altre forme di dieta rigida
 - b. Sviluppare capacità che consentano di gestire le difficoltà che altrimenti potrebbero scatenare le crisi bulimiche
 - c. Identificare e cambiare modalità di pensiero problematiche
 - d. Valutare le origini del problema delle abbuffate e il ruolo di fattori

familiari e sociali

3. Terza fase

- a. Progettare il futuro, comprese aspettative realistiche e strategie da usare nel caso in cui i problemi si ripresentino

(Fairburn, 1996)

1.2.5 ALTRI TRATTAMENTI PSICOLOGICI

Trattamenti psicoeducativi: si concentrano sull'educazione delle persone in merito ai problemi delle abbuffate compulsive e a ciò di cui hanno bisogno per superarle. Si è studiata l'efficacia di un trattamento fornito sotto forma di conferenze. Sfortunatamente il mantenimento del cambiamento non è stato studiato in modo adeguato, quindi i veri benefici di questo approccio non sono chiari.

Psicoterapia focale: generalmente riferita a quelle forme brevi di psicoterapia che prima individuano uno o più punti che sembrano centrali per il problema del paziente e poi si focalizzano esclusivamente sulla loro risoluzione. È l'attenzione specifica e dettagliata a questi aspetti che le caratterizza.

Terapia di gruppo: per parecchie ragioni la terapia di gruppo potrebbe essere un buon modo per aiutare persone con disturbi alimentari. Può dissipare l'idea di un individuo di essere l'unico ad avere questo tipo di problemi, cosa che può essere di grande aiuto. Può fornire un luogo di incontro attraverso il quale i membri possono imparare l'uno dall'altro, se il gruppo è guidato in modo adeguato.

(Fairburn, 1996)

1.3.1 EPIDEMIOLOGIA DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

Sebbene l'incidenza dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sia in aumento, è difficile fare una stima esatta della prevalenza reale nelle varie popolazioni. L'anoressia nervosa si sviluppa di solito nelle ragazze e nelle giovani donne tra i 12 e 25 anni, con una prevalenza pari allo 0,5-1% rispetto alla popolazione generale. Per quanto riguarda la bulimia nervosa, a partire dagli anni settanta questa è aumentata in modo vertiginoso. La prevalenza attuale della bulimia è del 1-3%.

Il problema sostanziale è che la maggioranza dei casi di anoressia o di bulimia non giunge mai all'attenzione clinica, anzi a volte tali disturbi cronicizzano e raramente guariscono

anche spontaneamente con l'aumentare dell'età. Vengono comunque descritte anche forma tardive di esordio (anche oltre la menopausa) e casi ad insorgenza prepuberale.

Il rapporto tra il sesso femminile e quello maschile è di 9:1 per l'anoressia e di 20:1 per la bulimia. Questa preponderanza fa sì che i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione abbiano la proporzione più asimmetrica di ogni altro disturbo noto alla psichiatria. (Tatarelli, 2009)

Nel sito web dell'Istituto Nazionale di statistica viene riportata un'indagine che riguarda i principali indicatori delle condizioni di salute della popolazione riferiti alle informazioni raccolte nell'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" anno 2013, condotta tra settembre 2012 e giugno 2013.

Da qui è possibile ricavare i dati riguardanti i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nel territorio italiano, divisi per sesso, età e regione.

Per quanto riguarda le malattie croniche dichiarate, nella Tavola 1.3.1 (Popolazione per classe di età, tipo di malattia cronica dichiarata e sesso) la percentuale della popolazione maschile è del 3,1‰ e quella della popolazione femminile è del 6,2‰. I maschi e le femmine che dichiarano questi disturbi sono il 4,7‰ della popolazione totale.

Sempre per le malattie croniche dichiarate, nella Tavola 1.3.2 (Popolazione per regione, ripartizione geografica e tipo di comune secondo le malattie croniche dichiarate) la percentuale maggiore si ha in Friuli-Venezia Giulia con il 7,3‰, mentre la percentuale minore è in Umbria con il 3‰.

Per le malattie croniche diagnosticate, nella Tavola 1.3.12 (Popolazione secondo le malattie croniche diagnosticate per classe di età e sesso) la percentuale della popolazione maschile è del 2,0‰ e quella della popolazione femminile è del 3,8‰. I maschi e le femmine a cui vengono diagnosticati questi disturbi sono il 2,9‰ della popolazione totale.

Nella tavola 1.3.16 (Persone di 25 anni e più per malattie croniche diagnosticate, titolo di studio e classe di età) si nota come le percentuali maggiori siano presenti nei gruppi di persone con la licenza della scuola elementare o nessun titolo di studio, con il 4,8‰ sul totale della popolazione. (Istituto Nazionale di Statistica, 2014)

Gli estratti delle tavole sopracitate si possono consultare nell'Allegato 2.

CAPITOLO 2

2.1 DEFINIZIONE DEL QUESITO DI RICERCA IN FORMA NARRATIVA

Quali sono gli interventi di assistenza infermieristica attuabili nel processo terapeutico dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione utili al fine del miglioramento della prognosi o del miglioramento della qualità di vita del paziente?

2.2 DEFINIZIONE DEL QUESITO DI RICERCA ATTRAVERSO IL METODO PICO

P = Paziente affetto da un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione;

I = Interventi infermieristici attuabili nel processo di cura;

C = Nessuna comparazione;

O = Miglioramento della prognosi o della qualità della vita del paziente.

2.3 PAROLE CHIAVE, FONTI DEI DATI E CRITERI DI SELEZIONE DEL MATERIALE

La ricerca è stata prodotta nei seguenti database:

- *PubMed*
- *EBSCOhost – CINAHL Plus with Full Text*
- *National Guideline Clearinghouse.*

Sono state utilizzate le seguenti parole chiave:

- *Eating Disorders*
- *Nursing*
- *Anorexia Nervosa*
- *Bulimia Nervosa*
- *Binge-Eating Disorder*
- *Pica*
- *Nursing Interventions*
- *Binge Eating*

inserite nelle seguenti stringhe di ricerca:

- “Eating Disorders/nursing” [Mesh] – Filters: Publication Dates 5 years

- “Anorexia Nervosa/nursing” [Mesh] – Filters: Publication Dates 5 years
- “Bulimia Nervosa/nursing” [Mesh] – Filters: Publication Dates 5 years
- “Binge-Eating Disorder/nursing [Mesh] – Filters: Publication Dates 5 years
- “Pica/nursing” [Mesh] – Filters: Publication Dates 5 years
- eating disorders AND nursing interventions
- eating disorders AND nursing
- anorexia nervosa AND nursing
- bulimia nervosa AND nursing
- binge eating AND nursing
- eating disorder – Filters: Clinical Speciality Psichiatria, Psicologia.

Sono stati selezionati tutti gli articoli che descrivono gli interventi infermieristici o il ruolo dell’infermiere nel trattamento dei disturbi della nutrizione e dell’alimentazione e la loro efficacia e rilevanza all’interno della pratica clinica.

Non sono stati selezionati gli articoli che descrivono gli interventi infermieristici nel trattamento dell’anoressia come conseguenza di altre patologie (ad esempio i tumori), gli articoli scritti in lingue diverse dall’inglese e dall’italiano e tutti quelli di cui non è stato possibile reperire il testo completo.

CAPITOLO 3

3.1 RISULTATI DELLA RICERCA

BANCA DATI	PAROLE CHIAVE	ARTICOLI TROVATI	ARTICOLI SELEZIONATI	TITOLO, AUTORE/I E ANNO
PubMed	"Eating Disorders/nursing" [Mesh] Filters: Publication Dates 5 years	57	2	<ul style="list-style-type: none"> • Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. Joel Zugai, Jane Stein-Parbury and Michael Roche, 2013 • The Anorexia Relapse Prevention Guidelines in Practice: A Case Report. Berends, Tamara; Van Meijel, Berno; Van Elburg, Annemarie, 2012
PubMed	"Anorexia Nervosa/nursing" [Mesh] Filters: Publication Dates 5 years	20	2	Studi selezionati in precedenza.
PubMed	"Bulimia Nervosa/nursing" [Mesh] Filters: Publication Dates 5 years	5	0	/
PubMed	"Binge-Eating Disorder/nursing" [Mesh] Filters: Publication Dates 5 years	1	0	/
PubMed	"Pica/nursing" [Mesh]	3	0	/
EBSCOhost – CINAHL Plus with Full Text	eating disorders AND nursing interventions	36	2	<ul style="list-style-type: none"> • Mental health nursing. PAT: advanced nursing interventions for eating disorders. Holyoake D; Jenkins M, 1998 • Suggested community psychiatric nursing interventions with clients suffering from anorexia nervosa and

				bulimia nervosa. Meades S, 1993
EBSCOhost – CINAHL Plus with Full Text	eating disorders AND nursing	373	4	<ul style="list-style-type: none"> • Leadership qualities when providing therapy for women who suffer from eating difficulties. Rørtveit, Kristine; Severinsson, Elisabeth, 2012 • Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. Lynlee Snell, Marie Crowe and Jenny Jordan, 2010 • The parent experience of eating disorders: interactions with health professionals. McMaster R; Beale B; Hillege S; Nagy S, 2004
EBSCOhost – CINAHL Plus with Full Text	anorexia nervosa AND nursing	172	11	<ul style="list-style-type: none"> • Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. Bakker, René; van Meijel, Berno; Beukers, Laura; van Ommen, Joyce; Meerwijk, Esther; van Elburg, Annemarie, 2011 • Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. Van Ommen J; Meerwijk EL; Kars M; Van Elburg A; Van Meijel B, 2009 • Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. Ramjan LM, 2004

				<ul style="list-style-type: none"> • The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. George L, 1997 • Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. Gísladóttir, M.; Svavarsdóttir, E. K., 2011 Altri studi selezionati in precedenza.
EBSCOhost – CINAHL Plus with Full Text	bulimia nervosa AND nursing	47	2	Studi selezionati in precedenza.
EBSCOhost – CINAHL Plus with Full Text	binge eating AND nursing	16	0	/
National Guideline Clearinghouse	eating disorder Filters: Clinical Specialty Psychiatry, Psychology	47	1	<ul style="list-style-type: none"> • Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. American Psychiatric Association, 1993 (revised 2006 Jun; reaffirmed 2011)

3.2.1 ELENCO DEGLI ARTICOLI SELEZIONATI

Si propone di seguito una sintesi degli articoli selezionati durante la ricerca, che riguardano il ruolo e le attività dell'infermiere nel processo terapeutico dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

3.2.2 *Suggested community psychiatric nursing interventions with clients suffering from anorexia nervosa and bulimia nervosa. Meades S, 1993*

Lo scopo di questo articolo è mettere in evidenza gli interventi infermieristici atti ad evitare comportamenti autolesionistici nei pazienti affetti da anoressia o bulimia nervosa. Prima di tutto è necessario lavorare sul bisogno di autocontrollo dei pazienti e in particolare sulla paura di perderlo, solo in questo modo gli interventi successivi possono essere efficaci.

Successivamente si lavora sull'alterazione della percezione che la persona ha del proprio

corpo e quindi si cerca di congiungerla alla forma ideale. Spesso il paziente si rende conto dell'eccessiva magrezza, ma non riesce a vederla come qualcosa di negativo.

È importante anche intervenire sull'alterata percezione del contenuto calorico degli alimenti, ciò può aiutare ad alleviare l'ansia che prova davanti a piatti abbondanti che in realtà contengono poche calorie. Può essere utile adottare come strumento un diario alimentare.

Per quanto riguarda la famiglia l'operatore sanitario può dare informazioni sulle condizioni del parente e aiutare a migliorare la comunicazione tra i membri.

In conclusione gli infermieri che lavorano nella comunità psichiatrica hanno la miglior posizione per osservare e supervisionare i pazienti che sono potenzialmente vulnerabili a condotte autolesioniste e ricadute post-dimissione.

3.2.3 The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. George L, 1997

Lo scopo di questa revisione è evidenziare i profili psicologici caratteristici dei pazienti che soffrono di disturbi dell'alimentazione e gli interventi infermieristici volti al recupero. Le caratteristiche comuni sono paura di aumentare di peso e di perdere il controllo, difficoltà ad esprimere i propri sentimenti, sfiducia in sé stessi e depressione.

Per poter fare assistenza è necessario instaurare una relazione terapeutica caratterizzata da empatia e disponibilità all'ascolto senza giudicare.

Una parte importante degli interventi si occupa di aiutare il paziente a seguire un modello alimentare adeguato per il recupero del peso. Nel momento in cui oppongono resistenza bisogna capire che questo comportamento deriva dalla paura e quindi è utile coinvolgere il malato nella pianificazione del proprio schema alimentare. Ciò lo aiuta a essere parte attiva nel percorso riabilitativo e di conseguenza a migliorare l'autonomia.

È vitale che gli infermieri ricevano un'adeguata formazione per essere in grado di capire il profilo psicologico di questo disturbo e quindi superare le difficoltà che si incontrano durante il trattamento.

3.2.4 Mental health nursing. PAT: advanced nursing interventions for eating disorders. Holyoake D; Jenkins M, 1998

Lo scopo di questo articolo è descrivere il PAT (Passive Activity Time), un intervento di assistenza infermieristica per giovani pazienti ospedalizzati con disturbi alimentari che si basa su un approccio individuale. In particolare i pazienti vengono incoraggiati a

partecipare attivamente alla propria cura.

Il percorso cerca di alleviare la perdita di speranza, la depressione e l'ansia che provano all'interno dell'ospedale attraverso la creazione da parte dell'infermiere di un rapporto di fiducia durante l'ammissione in reparto, questo programmando delle visite pre-ammissione all'unità e degli incontri con l'equipe. Presenta ai pazienti una visione completa e reale di ciò che li aspetta e di ciò che viene loro offerto.

Questo tipo di approccio educativo giustifica l'importanza del ruolo del nursing avanzato nella pratica clinica.

3.2.5 Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. Ramjan LM, 2004

Questo studio pone l'attenzione sull'assistenza agli adolescenti con disturbi alimentari ed esplora i particolari problemi che gli infermieri incontrano, suddivisi in tre temi principali.

1. Lotta per la comprensione: è necessaria una formazione adeguata per capire una malattia così complessa e avere gli strumenti adatti ad assistere le persone. La preparazione deve comprendere oltre ai sintomi e all'eziologia anche le tappe del processo di recupero.
2. Lotta per il controllo: la natura rigida del programma porta alla ribellione dei pazienti, ma invece di diffidare gli uni dagli altri è necessario cercare di arrivare alla fiducia necessaria per la creazione di una relazione terapeutica con il rischio dell'interruzione precoce del processo riabilitativo da parte del paziente.
3. Lotta per sviluppare una relazione terapeutica: incolpare il paziente, etichettarlo e stigmatizzarlo è segno di una mancata comprensione e di mancanza di competenze. Ciò impedisce lo sviluppo di una relazione terapeutica.

Per risolvere le difficoltà che si incontrano nel trattamento bisogna quindi ricevere una formazione adeguata.

3.2.6 The parent experience of eating disorders: interactions with health professionals. McMaster R; Beale B; Hillege S; Nagy S, 2004

In questo studio si esplora l'esperienza dei genitori con un figlio a cui viene diagnosticato un disturbo dell'alimentazione. I dati analizzati sono stati estratti dalle interviste condotte con 22 genitori (19 madri e 3 padri volontari) risiedenti a Sydney, Australia.

I problemi emersi sono la sensazione che le proprie preoccupazioni non vengano prese sul serio, il sentirsi quasi incolpati della situazione del proprio figlio e la mancanza di

informazioni.

Possiamo intervenire per risolvere questi problemi ponendo l'accento sulla necessità di lavorare insieme per il recupero ottimale del paziente. La famiglia ha un ruolo importante nell'incoraggiare i nuovi comportamenti e nell'aiutare a fornire rinforzi e ricompense che incoraggiano il progresso.

È di primaria importanza la necessità di affrontare la mancanza di informazioni relative alle fonti di aiuto, un maggiore accesso alle informazioni, combinato ad un maggior livello di supporto, migliora la velocità di recupero del paziente.

Gli infermieri devono riconoscere il fatto che i genitori sono parte integrante del processo di trattamento, è necessario quindi formarli adeguatamente e sfruttare il loro supporto per gestire la cura in modo più efficace.

3.2.7 *Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. Van Ommen J; Meerwijk EL; Kars M; Van Elburg A; Van Meijel B, 2009*

Lo scopo di questo studio è esplicitare l'efficacia dell'assistenza infermieristica negli adolescenti con diagnosi di anoressia nervosa. Sono stati intervistati 13 adolescenti affetti da questo disturbo.

I partecipanti hanno riportato come gli infermieri contribuiscano significativamente al nel loro ricovero, il quale viene suddiviso in tre fasi:

1. Quando avviene l'ammissione in reparto lo staff infermieristico lo supporta i nuovi degenti nel normalizzare il proprio modello di alimentazione e di esercizio all'interno del nuovo ambiente già dai primi giorni.

Importante è anche il costante flusso di informazioni sulla malattia e sulle sue conseguenze negative.

2. Nella seconda fase si ha il ritorno alla vita quotidiana e la responsabilità torna ai pazienti. Questi vengono sostenuti attraverso in piano d'azione individuale che comprende ripetuti momenti di valutazione. Il piano di collaborazione con l'infermiere è molto incoraggiante e accresce la fiducia all'interno del rapporto.
3. Nella fase finale del trattamento si prepara il paziente alla dimissione. Il supporto viene dato offrendo esercizi per mantenere i comportamenti appresi anche fuori dal reparto. Si discute delle situazioni difficili e la persona viene incoraggiata a trovare da sola una soluzione, questo per favorire il ritorno all'autonomia.

Il sostegno degli infermieri in questi ambiti è considerato molto prezioso dai pazienti.

3.2.8 *Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. Lynlee Snell, Marie Crowe and Jenny Jordan, 2010*

Lo scopo di questo studio è indagare e teorizzare le esperienze degli infermieri nello sviluppare una relazione terapeutica con i pazienti ricoverati in un servizio ospedaliero specializzato nel recupero del peso. Sono stati intervistati sette infermieri.

La variabile centrale in questo processo è l'alleanza terapeutica e si distingue in tre fasi:

1. Sviluppare l'alleanza terapeutica: è necessario rendere i pazienti consapevoli della malattia, dando loro le informazioni necessarie e fornire supporto nel processo di recupero.
2. Mantenere l'alleanza terapeutica: bisogna essere in grado di gestire le emozioni del paziente, mantenendo la consapevolezza di sé attraverso una riflessione continua sulla pratica clinica.
3. Coordinare l'alleanza terapeutica: l'infermiere è la via principale attraverso la quale il paziente interagisce con il team del reparto. Importante è la capacità di mantenere l'equilibrio e risolvere i conflitti.

Gli infermieri hanno un ruolo cruciale nel consentire il corretto funzionamento dell'unità e il successo del trattamento.

3.2.9 *Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. Bakker, René; van Meijel, Berno; Beukers, Laura; van Ommen, Joyce; Meerwijk, Esther; van Elburg, Annemarie, 2011*

Lo scopo di questo studio è quello di scoprire quali aspetti dell'assistenza infermieristica sono più efficaci, secondo gli infermieri, nel recupero del peso ottimale negli adolescenti con anoressia nervosa.

Gli elementi dell'assistenza infermieristica che contribuiscono a renderla efficace possono essere suddivisi in quattro categorie:

1. Ripresa della normale alimentazione. È importante definire le regole fin dall'inizio quando i consigli nutrizionali della dietista sono pronti. Il paziente va aiutato ad abituarsi alla nuova dieta, l'atteggiamento deve dimostrare empatia e comprensione nonostante ci si focalizzi sul recupero, nel momento in cui si prende una decisione al posto della persona non bisogna perdere di vista la necessità di spiegarne le ragioni.
2. Ripresa di un sano esercizio fisico. È importante riconoscere i modelli anormali che

apparentemente possono sembrare semplici abitudini, trasformare l'attività rivolta ad un compulsivo bisogno di bruciare calorie in qualcosa di utile e divertente come uno sport.

3. Sviluppo di attività sociali. Incoraggiare a praticare attività di gruppo che possono aiutare a svolgere un ruolo sociale adeguato alla propria età.
4. Consulenze con i genitori. Mantenere un buon rapporto con i genitori informandoli sui dettagli del trattamento.

3.2.10 Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. GísladÓttir, M.; SvavarsdÓttir, E. K., 2011

Lo scopo di questo studio è sviluppare in intervento infermieristico educativo e di sostegno per aiutare le famiglie nel recupero dei parenti con disturbi alimentari. È stato fornito un intervento educativo a 21 familiari per un periodo di 3 settimane.

Si sono istruiti i familiari a proposito di sintomi, cause, trattamenti e prognosi dei disturbi, l'educazione è fondamentale per migliorare la comprensione.

Gli studi hanno indicato che se i parenti ricevono un aiuto adeguato la prognosi è migliore e cambia significativamente il comportamento alimentare dei pazienti.

3.2.11 The Anorexia Relapse Prevention Guidelines in Practice: A Case Report. Berends, Tamara; Van Meijel, Berno; Van Elburg, Annemarie, 2012

Lo scopo di questo case report è illustrare l'applicazione nella pratica delle linee guida per la prevenzione delle ricadute nei pazienti con anoressia nervosa.

Le linee guida sono costituite da tre parti: una teorica che spiega in cosa consiste la recidiva e cosa significa prevenire le ricadute, un manuale pratico per gli infermieri ed una cartella di lavoro per il paziente.

L'essenza di questa strategia è assicurare un'azione tempestiva al riconoscimento dei primi segnali di avvertimenti, prima si agisce minore è il danno e più rapida sarà la ripresa.

Il piano di prevenzione delle ricadute è diviso in sei sessioni:

1. Prima sessione. Vengono fornite ai familiari le informazioni necessarie con esempi specifici per aiutare a riconoscere segni e sintomi. Successivamente sono stati identificati i punti di forza della paziente.
2. Seconda sessione. Si identificano i fattori di rischio pertinenti alla ricaduta e si analizzano i *triggers* (fattori specifici che innescano pensieri assimilabili alla malattia) che possono innescare un comportamento errato.

3. Terza sessione. Si identificano i primi segni premonitori che comprendono il modello alimentare, i sintomi fisici, l'esercizio, la cognizione e il funzionamento sociale. Si invita la paziente a riflettere su quello che ha provato all'inizio del disturbo, questo contribuisce alla motivazione a non ricadere di nuovo.
4. Quarta sessione. Sviluppo di possibili azioni per prevenire la ricaduta, divise in due gruppi: azioni per rispondere ai triggers e azioni per rispondere ai primi segni premonitori. Il padre e la madre sono stati definiti come degli ausiliari in grado di aiutare la paziente a rendere possibile un intervento precoce.
5. Quinta sessione: tutti gli elementi e le questioni discusse sono stati combinanti in un unico piano di prevenzione, generalmente costituito da una sola pagina in cui sono elencati tutti i triggers e i primi segni premonitori e le rispettive azioni di risposta.
6. Sesta sessione: l'ultima sessione è stata una riunione congiunta tra infermieri, paziente e genitori per discutere tutti i dettagli del piano di prevenzione e documentare le responsabilità di tutte le persone coinvolte.

Follow-up: il piano è stato rivalutato e regolato in alcuni punti sulla base delle recenti esperienze.

Le linee guida forniscono uno strumento efficace per la prevenzione delle ricadute, alleviano sia la sofferenza del paziente sia quella dei genitori e incoraggiano alla comunicazione aperta durante il processo di scrittura del piano, aiutando ad accettare la situazione.

Il coinvolgimento attivo migliora anche la capacità di autogestione e definisce le responsabilità dei vari soggetti con compiti ben precisi.

3.2.12 Leadership qualities when providing therapy for women who suffer from eating difficulties. Rørtveit, Kristine; Severinsson, Elisabeth, 2012

Lo scopo di questo studio è riflettere su alcuni aspetti della cura dei disturbi alimentari, in particolare per quanto riguarda le donne che ne soffrono. Sono state intervistate sei donne affette da questi disturbi.

Il tema principale vede l'infermiere come un leader formativo consapevole in una relazione terapeutica. La leadership è parte del ruolo dell'infermiere, il suo obiettivo primario è motivare e influenzare il paziente. È importante nel processo di trattamento perché aumentando la motivazione rende la persona più incline a collaborare e ad apportare cambiamenti stabili nella propria vita.

Nel campo della salute mentale richiede competenze diverse sia dal punto di vista teorico che dal punto di vista pratico, al fine di avere le capacità per impegnarsi in varie interazioni con i pazienti.

3.2.13 *Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. Joel Zugai, Jane Stein-Parbury and Michael Roche, 2013*

Lo scopo di questo studio è stabilire come gli infermieri siano in grado di assicurare all'adolescente con anoressia nervosa l'aumento di peso e un'esperienza positiva durante il trattamento. Sono stati intervistati otto pazienti ricoverati.

Sono emersi tre temi principali: in quale modo gli infermieri garantiscono l'aumento di peso, come gli infermieri migliorano l'esperienza del ricoverato e la natura dei rapporti tra i pazienti e gli infermieri.

Gli operatori facilitano l'aumento di peso assicurando il rispetto delle prescrizioni alimentari e dei modelli di esercizio, mantenendo il controllo attraverso la sorveglianza e la vigilanza continua.

Una forte relazione terapeutica comporta un miglioramento dell'esperienza di degenza, nel complesso gli infermieri devono essere presenti e disponibili. I partecipanti hanno percepito come positivo un approccio alla cura fermo, ma gentile e professionale. L'efficacia della pratica infermieristica non è misurata tanto dal grado di aumento di peso raggiunto ma dalla qualità dell'alleanza terapeutica.

3.3.1 LINEA GUIDA

Viene proposta di seguito una sintesi della linea guida selezionata durante la ricerca.

Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. American Psychiatric Association, 1993 (revised 2006 Jun; reaffirmed 2011)

La linea guida tratta i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione come anoressia nervosa e bulimia nervosa nei pazienti di tutte le età.

È uno strumento utile soprattutto a psichiatri e psicoterapeuti, ma ha delle implicazioni nella pratica infermieristica, soprattutto nei seguenti punti:

- Stabilire e mantenere l'alleanza terapeutica. Attraverso comportamenti empatici, positività, fornitura di materiale didattico [I];
- Valutare e monitorare sintomi e comportamenti. È importante valutare la storia familiare ed identificare i fattori di stress. Nella valutazione di bambini e adolescenti

- coinvolgere anche i genitori e quando necessario anche il personale scolastico [I];
- Valutare e monitorare la sicurezza del paziente. Soprattutto quando le sue condizioni cliniche peggiorano e si ha ideazione suicidaria [I];
 - Fornire assistenza alla famiglia. Importante soprattutto nei bambini e negli adolescenti [I], ma può essere utile anche negli adulti e negli anziani [II].
 - Riabilitazione nutrizionale. È utile che lo staff comunichi al paziente che non si ha l'intenzione di punirlo nell'applicare schemi terapeutici che possono essere vissuti come una violenza da parte del paziente [I].

Oltre a questi punti la linea guida riporta anche raccomandazioni sulla terapia farmacologica e sulla psicoterapia e sulla selezione del luogo più adatto per trattare una determinata tipologia di paziente.

Schema di valutazione della forza delle raccomandazioni:

[I] Raccomandazione con sostanziale affidabilità clinica;

[II] Raccomandazione con moderata affidabilità clinica;

[III] Raccomandazione data sulla base di circostanze individuali.

CAPITOLO 4

4.1 ANALISI DEI RISULTATI DEGLI ARTICOLI SELEZIONATI

Analizzando la letteratura disponibile si può dedurre come la relazione terapeutica abbia un ruolo importante nell'assistenza infermieristica. Per poter fare assistenza è necessario instaurare una relazione caratterizzata da empatia e disponibilità all'ascolto. (Meades, 1993) Per arrivare a ciò è necessario guadagnarsi la fiducia del paziente (Ramjan, 2004), rendendolo consapevole della sua malattia. (Snell, Crowe, & Jordan, 2010) L'infermiere deve essere in grado di gestire le emozioni e avere la capacità di mantenere l'equilibrio, risolvendo i conflitti e fungendo da tramite tra la persona e il resto dell'equipe del reparto. (Snell, Crowe, & Jordan, 2010) La costruzione di una forte relazione terapeutica migliora l'esperienza di degenza, gli infermieri devono essere presenti e disponibili, ma restando fermi e professionali. (Zugai, Stein-Parbury, & Roche, 2013)

Un altro punto fondamentale dell'assistenza è il coinvolgimento e la formazione dei familiari, dando informazioni sulle condizioni del paziente. (Meades, 1993) La famiglia ha un ruolo importante nell'incoraggiare i nuovi comportamenti appresi durante il trattamento, fornendo rinforzi positivi che incoraggiano il progresso. (Mc Master, Beale, Hillege, & Nagy, 2004) Se i parenti ricevono un aiuto adeguato la prognosi è migliore e si hanno cambiamenti significativi nel comportamento alimentare dei pazienti. (Gísladóttir & Svavarsdóttir, 2011) In un piano di prevenzione delle ricadute il padre e la madre possono essere definiti come ausiliari in grado di riconoscere segni e sintomi, per rendere possibile un intervento precoce. (Berends, van Meijel, & van Elburg, 2012)

Gli infermieri hanno un ruolo importante al momento dell'ammissione in reparto, la depressione e l'asia provate dal paziente appena ricoverato possono essere alleviate programmando delle visite guidate e degli incontri con l'equipe. (Holyoake & Jenkins, 1998) Successivamente si supporta i nuovi degenti nel normalizzare il proprio modello di alimentazione (van Ommen, Meerwijk, Kars, van Elburg, & van Meijel, 2009), aiutandoli ad abituarsi alla nuova dieta. (Bakker, et al., 2011)

I pazienti spesso dimostrano di avere paura di perdere in controllo, per evitarla è utile incoraggiarli a partecipare attivamente alla propria cura (Holyoake & Jenkins, 1998), magari coinvolgendoli nella pianificazione del proprio schema alimentare, migliorando in questo modo la loro autonomia. (George, 1997)

Inoltre l'assistenza infermieristica promuove l'aumento di peso, lavorando sull'alterazione della percezione che i pazienti hanno del proprio corpo e del contenuto calorico degli alimenti che gli vengono presentati. (Meades, 1993)

Si incoraggia la ripresa di un sano esercizio fisico, magari praticando uno sport e lo sviluppo della socialità attraverso delle attività di gruppo. (Bakker, et al., 2011)

Gli infermieri intervengono anche nella prevenzione delle ricadute, attraverso un piano che aiuta a riconoscere segni, sintomi e fattori che innescano i comportamenti errati. Vengono identificati i punti di forza del paziente per sviluppare delle azioni che prevengono la ricaduta. Successivamente durante i follow-up vengono valutati i progressi. (Berends, van Meijel, & van Elburg, 2012)

Per poter intervenire nel processo di cura gli infermieri devono ricevere un'adeguata formazione che comprenda oltre alla descrizione del disturbo, i segni e i sintomi, anche le tappe del trattamento. (George, 1997) La mancanza di conoscenze e competenze può portare alla stigmatizzazione del paziente e ciò impedisce lo sviluppo di una relazione terapeutica (Ramjan, 2004), fondamentale per il trattamento del disturbo. La formazione deve comprendere elementi teorici e pratici. (Rørtveit & Severinsson, 2012)

4.2 CONCLUSIONI

Nella letteratura l'infermiere viene visto come la figura più vicina al paziente, come colui che ha la posizione migliore per supervisionarlo e aiutarlo nel processo di recupero.

Questa ricerca ha permesso di indentificare chiaramente quali siano gli interventi di assistenza infermieristica nel trattamento dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, tuttavia, nonostante il ruolo cruciale di questa figura professionale, questo ambito è ancora troppo poco approfondito attraverso la ricerca scientifica. Ad esempio mancano dei veri e propri strumenti per misurare l'efficacia degli interventi, che spesso negli studi vengono valutati attraverso le interviste ai familiari e ai pazienti che riportano soprattutto la loro esperienza e il loro grado di soddisfazione.

Un altro ambito poco approfondito è quello della prevenzione di questi disturbi, non sono emersi articoli riguardanti questo argomento durante la ricerca, ma gli infermieri grazie al loro ruolo e alla loro formazione potrebbero essere la figura adatta a fornire informazioni ad esempio attraverso delle conferenze nelle scuole e nelle università.

È utile nella pratica clinica avere chiare le potenzialità dell'infermiere nel trattamento di questi disturbi, perché conoscere gli interventi e i problemi su cui si concentra l'assistenza consente di sfruttare al meglio le capacità e le possibilità di questa professione. Ciò permette il miglioramento della qualità di vita dei pazienti, che è da sempre il nostro scopo principale.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (1993, revised 2006, reaffirmed 2011). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Washington (DC).
- American Psychiatric Association. (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Alimentari, Quinta Edizione, DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, J., Meerwijk, E., & van Elburg, A. (2011). Recovery of Normal Body Weight in Adolescent with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, p. 16-22.
- Balbo, M. (2005). Trattamento cognitivo-comportamentale dei disturbi da Binge-Eating. Integrazione con Emdr. *Link*, 53-57.
- Berends, T., van Meijel, B., & van Elburg, A. (2012). The Anorexia Relapse Prevention Guidelines in Practice: A Case Report. *Perspectives in Psychiatric Care*, p. 149-155.
- Fairburn, C. (1996). *Come vincere le abbuffate: un nuovo programma scientifico*. Verona: Positive Press.
- Gaudio, M. (2015, Gennaio). *Canoni Socioculturali della Bellezza Femminile e Disturbi Alimentari*. Tratto da Studio di Psicologia e Psicoterapia, Dott.ssa Mariangela Gaudio: <http://www.mariangelagaudio.it/canoni-socioculturali-bellezza-femminile-dca/>
- George, L. (1997). The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. *Journal of Advanced Nursing*, p. 899-908.
- Gísladóttir, M., & Svavarsdóttir, E. K. (2011). Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, p. 122-130.
- Holyoake, D.-D., & Jenkins, M. (1998). PAT: advanced nursing intervention for eating disorders. *British Journal of Nursing*, p. 596-600.

- Istituto Nazionale di Statistica. (2014, Dicembre 29). *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*. Tratto da Istat: <http://www.istat.it/it/archivio/144093>
- Mantoan, C. (2009). *Psicologia per Conoscersi e Comprendersi*. Urbana(PD): F.lli Corradin Editori.
- Mc Master, R., Beale, B., Hillege, S., & Nagy, S. (2004). The parent experience of eating disorders: Interaction with health professionals. *Journal of Mental Health Nursing*, p. 67-73.
- Meades, S. (1993). Suggested community psychiatric nursing interventions with clients suffering from anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, p. 364-370.
- Melamed, B. G., & Siegel, L. J. (1983). *Medicina Comportamentale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ramjan, L. M. (2004). Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescent with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, p. 495-503.
- Rørtveit, K., & Severinsson, E. (2012). Leadership qualities when providing therapy for women who suffer from eating difficulties. *Journal of Nursing Management*, p. 631-639.
- Snell, L., Crowe, M., & Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*, p. 351-358.
- Tatarelli, R. (2009). *Manuale di Psichiatria e Salute Mentale per le Lauree Sanitarie*. Padova: Piccin.
- van Ommen, J., Meerwijk, E. L., Kars, M., van Elburg, A., & van Meijel, B. (2009). Effective nursing care of adolescent diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, p. 2801-2808.
- Zugai, J., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2013). Effective nursing care of adolescent with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*, p. 2020-2029.

Fonti delle immagini:

Figura 1: <https://instagram.com/chiarabiasi/>

Figura 2: <http://www.mitindo.it/2015/03/no-alle-modelle-troppo-magre-ed-e-polemica-questa-e-discriminazione/116159/>

ALLEGATO 1

CLASSIFICAZIONE ICD-10 DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

F50 Disturbi dell'alimentazione:

- F50.0 Anoressia nervosa

Disturbo caratterizzato da una deliberata perdita di peso, indotta e sostenuta dallo stesso paziente. Il disturbo si presenta più comunemente in adolescenti e adulti di sesso femminile, ma anche adolescenti e giovani di sesso maschile possono esserne affetti, così come ragazzi che si avvicinano alla pubertà e donne più anziane fino all'epoca della menopausa. La malattia è associata con una psicopatologia specifica per cui il terrore di diventare grasso e della flaccidità del corpo persiste come idea prevalente intrusiva e i pazienti si impongono un limite di peso basso. È presente in genere un'iponutrizione di gravità variabile con conseguenti modificazioni secondarie endocrine e metaboliche e disturbi delle funzioni corporee. I sintomi includono la ridotta scelta dietetica, l'eccessivo esercizio e il vomito autoindotto, le purghe e l'uso di anoressizzanti e di diuretici.

Esclude: perdita dell'appetito (R63.0)

anoressia psicogena (F50.8)

- F50.1 Anoressia nervosa atipica

Comprende i disturbi che rispondono ad alcune caratteristiche dell'anoressia nervosa, ma il quadro clinico complessivo non giustifica la diagnosi. Ad esempio, uno dei sintomi chiave, quali il marcato terrore di essere grasso o l'amenorrea, possono essere assenti, in presenza di marcato dimagrimento e di un comportamento volto alla riduzione del peso. Non si deve porre queste diagnosi in presenza di malattie fisiche associate a perdita di peso.

- F50.2 Bulimia nervosa

Sindrome caratterizzata da ripetuti accessi di iperalimentazione e da un'eccessiva preoccupazione circa il controllo del peso corporeo, il che porta ad episodi tipici di eccessiva ingestione di cibo seguiti da vomito o uso di lassativi. Questo disturbo presenta molte caratteristiche psicologiche in comune con l'anoressia nervosa, inclusa un'eccessiva preoccupazione per la forma ed il peso corporeo. Il vomito ripetuto può dar luogo a disturbi del bilancio elettrolitico e a complicanze fisiche. Vi è spesso, ma

non sempre, storia si un precedente episodio di anoressia nervosa, con un intervallo che varia da pochi mesi a diversi anni.

Bulimia S.A.I.

Iperoressia nervosa

- F50.3 Bulimia nervosa atipica

Disturbi che comprendono alcune delle caratteristiche della bulimia nervosa, ma nei quali il quadro clinico complessivo non è tale da giustificare la diagnosi. Ad esempio, vi possono essere ricorrenti accessi di iperalimentazione e di un uso eccessivo di purganti senza un significativo cambiamento di peso, o può essere assente la tipica preoccupazione eccessiva per le dimensioni corporee e per il peso.

- F50.4 Iperalimentazione associata ad altri disturbi psicologici

Iperalimentazione dovuta ad eventi stressanti, come lutti, nascita di figli ecc.

Iperalimentazione psicogena

Esclude: obesità (E66.-)

- F50.5 Vomito associato con altri disturbi psicologici

Vomito ripetuto che può verificarsi nei disturbi dissociativi (F44.-) e nel disturbo ipocondriaco (F45.2), e che non è dovuto esclusivamente a condizioni non comprese in questo settore. Questa sottocategoria può essere usata anche in aggiunta a O21.- (iperemesi gravidica) quando fattori emozionali svolgono un ruolo predominante nel causare nausea e vomito ricorrenti in una donna in gravidanza.

Vomito psicogeno

Esclude: nausea (R11)

vomito S.A.I. (R11)

- F50.8 Altri disturbi dell'alimentazione

Pica negli adulti

Perdita psicogena dell'appetito

Esclude: pica nell'infanzia e nell'adolescenza (F98.3)

- F50.9 Disturbo dell'alimentazione non specificato

ALLEGATO 2

TAVOLE DELL'INDAGINE ISTAT "CONDIZIONI DI SALUTE E RICORSO AI SERVIZI SANITARI" (2013)

1. Estratto dalla Tavola 1.3.1 – Popolazione per classe di età, tipo di malattia cronica dichiarata e sesso. Anno 2013 (per 1000 persone della stessa età e dello stesso anno)

MALATTIE CRONICHE	CLASSI DI ETÀ										Totale
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80 e più	
Disturbi del comportamento alimentare (bulimia, anoressia)	MASCHI										
	0.8	2.2	3.5	2.8	2.5	5.5	2.6	4.0	3.4	7.3	3.1
	FEMMINE										
	0.7	4.9	6.5	6.2	9.6	7.2	6.6	6.5	6.6	7.4	6.2
	MASCHI E FEMMINE										
	0.7	3.5	5.0	4.6	6.1	6.4	4.8	5.3	5.2	7.4	4.7

2. Estratto dalla tavola 1.3.2 – Popolazione per regione, ripartizione geografica e tipo di comune secondo le malattie croniche dichiarate. Anno 2013 (per 1000 persone della stessa zona)

TERRITORIO	Disturbi del comportamento alimentare
REGIONI	
Piemonte	4.9
Valle d' Aosta	4.1
Liguria	6.2
Lombardia	4.5
Trentino-Alto Adige	3.1
Veneto	5.4
Friuli-Venezia Giulia	7.3
Emilia-Romagna	4.7
Toscana	5.6

Umbria	3
Marche	4.7
Lazio	4.1
Abruzzo	4.4
Molise	3.4
Campania	4.1
Puglia	4.4
Basilicata	6.2
Calabria	3.7
Sicilia	5.4
Sardegna	3.5
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	
Nord-Ovest	4.8
Nord-Est	5.1
Centro	4.6
Sud	4.2
Isole	4.9
TIPI DI COMUNE	
Comune centro dell'area metropolitana	4.9
Periferia dell'area metropolitana	4.8
Fino a 2000 abitanti	4.5
Da 2001 a 10000 abitanti	4.6
Da 10001 a 50000 abitanti	4.6
50001 abitanti e più	4.9
Italia	5

3. Estratto dalla tavola 1.3.12 – Popolazione secondo le malattie croniche diagnosticate per classe di età e sesso. Anno 2013 (per 1000 persone della stessa classe di età e sesso)

MALATTIE CRONICHE	CLASSI DI ETÀ										Totale
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80 e più	
Disturbi del comportamento alimentare (bulimia, anoressia)	MASCHI										
	0.5	1.5	2.9	1.7	0.9	3.3	1.7	3.9	1.9	5.3	2.0
	FEMMINE										
	0.5	3.0	4.0	3.5	5.5	4.3	4.2	4.6	5.6	4.7	3.8
	MASCHI E FEMMINE										
	0.5	2.2	2.4	2.6	3.3	3.8	3.0	4.2	4.0	4.9	2.9

4. Estratto dalla tavola 1.3.16 – Persone di 25 anni e più per malattie croniche diagnosticate, titolo di studio e classe di età. Anno 2013 (per 1000 persone di 25 anni e più della stessa età e con lo stesso titolo di studio)

TITOLO DI STUDIO	Disturbi del comportamento alimentare
25-44	
Laurea e diploma di scuola media superiore	2.3
Licenza scuola media inferiore	3.9
Licenza scuola elementare e nessun titolo	5.1
Totale	3.0
45-64	
Laurea e diploma di scuola media superiore	3.4
Licenza scuola media inferiore	3.3
Licenza scuola elementare e nessun titolo	4.7
Totale	3.5

65 e più	
Laurea e diploma di scuola media superiore	3.3
Licenza scuola media inferiore	2.7
Licenza scuola elementare e nessun titolo	4.8
Totale	4.1
Totale	
Laurea e diploma di scuola media superiore	2.8
Licenza scuola media inferiore	3.4
Licenza scuola elementare e nessun titolo	4.8
Totale	3.5