



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**TECNICHE DI NURSING NELL'APPROCCIO AL DISTURBO DEL
COMPORTAMENTO ALIMENTARE: REVISIONE DELLA
LETTERATURA.**

Relatore: Prof. Sergi Giuseppe

Laureanda: Gasparin Francesca

(matricola n: 1232333)

Anno Accademico 2021-2022

INDICE

ABSTRACT	3
INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1. QUADRO TEORICO.....	9
1.1 DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	9
1.2 L'ANORESSIA NERVOSA.....	10
1.3 LA BULIMIA NERVOSA.....	13
1.4 NURSING E NURSING AVANZATO: DEFINIZIONI.....	16
1.5 OBIETTIVI ASSISTENZIALI NELL'APPROCCIO AL DISTURBO ALIMENTARE	17
1.6 RUOLO INFERMIERE	18
CAPITOLO 2. MATERIALI E METODI	21
2.1 DEFINIZIONE DEL QUESITO DI RICERCA IN FORMA NARRATIVA..	21
2.2 DEFINIZIONE DEL QUESITO CLINICO	21
2.3 PAROLE CHIAVE, FONTI DEI DATI, CRITERI DI SELEZIONE DEL MATERIALE	21
CAPITOLO 3.	23
3.1 RISULTATI DELLA RICERCA	23
3.2 ELENCO DEGLI ARTICOLI SELEZIONATI.....	24
3.2.1 Snell L, Crowe M, Jordan. (2010) – Maintaining a therapeutic connection: Nursing in an inpatient eating disorder unit. <i>Journal of Clinical Nursing</i>	24
3.2.2 Beukers L., Berends T., de Man-van Ginkel J.M., va Elburg A. A, & van Meijel B. (2015) –Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions- <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>	25
3.2.3 Bakker R., van Meijel B., Beukers L., van Ommen J., Meerwijk E., van Elburg	

A. (2011) – Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. <i>Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing</i>	26
3.2.4 van Ommen J., Meerwijk E. L., Kars M., van Elburg A. & van Meijel B. (2009) – Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: The patient’s perspective. <i>Journal of Clinical Nursing</i>	28
3.2.5 Foà C., Bertuol M., Deiana L., Rossi S., Sarli L. & Artioli G. (2019). – The Case/Care Manager in Eating Disorders: The nurse’s role and responsibilities. <i>Acta Bio Medica Atenei Parmensis</i>	29
3.2.6 Jennings K. (2017) – The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals with Anorexia Nervosa. <i>Advances in Nursing Science</i>	30
3.2.7 Salzman-Erikson M., & Dahlén J. (2017) – Nurses’ Establishment of Health Promoting Relationship: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. <i>Journal of Child and Family Studies</i>	31
3.2.8 Holyoake D. D. (1998) – PAT: Advanced nursing interventions for eating disorders. <i>British Journal of Nursing</i>	32
3.2.9 Corral-Liria I., Alonso-Maza M., González-Luis J., Fernández-Pascual S., Becerro-de-Bengoa-Vallejo R., & Losa-Iglesias M. (2022) – Holistic nursing for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study based on patients and nursing professionals’ experience. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i>	33
3.2.10 Grossniklaus D. C. (1980) - “Interventi infermieristici nell’Anoressia nervosa” <i>Perspectives in Psychiatric Care</i>	34
3.2.11 King S. J., Turner de S. (2000) – Caring for adolescent females with anorexia nervosa: Registered nurses’ perspective. <i>Journal of Advanced Nursing</i>	36
CAPITOLO 4.	39
4.1 DISCUSSIONE DEI RISULTATI DEGLI ARTICOLI SELEZIONATI	39
4.2 CONCLUSIONI	42
BIBLIOGRAFIA	44

ABSTRACT

Problema e background.

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono caratterizzati da un alterato apporto e consumo di cibo che comporta significativamente un'alterazione nello stato fisico e nel funzionamento psicosociale dell'individuo. Tra i disturbi alimentari più diffusi nella società moderna sono l'anoressia nevosa e la bulimia nervosa.

La Bulimia nervosa è caratterizzata da episodi ricorrenti di abbuffate seguiti da una qualche forma di condotta di compensazione inappropriata come vomito autoindotto, lassativi o abuso di diuretici, digiuno o esercizio fisico. Gli episodi tendono a manifestarsi almeno una volta a settimana per tre mesi. Il trattamento solitamente è costituito da terapia psicologica e depressiva.

L'Anoressia Nervosa è caratterizzata da un'assidua ricerca della magrezza, da una paura eccessiva di ingrassare, da una distorta immagine corporea di sé e da una restrizione degli introiti di cibo, portando a una perdita di peso notevole. La maggior parte dei trattamenti richiede forme di terapia psicologica e comportamentale, con un coinvolgimento familiare specialmente nei pazienti più giovani.

Scopo.

Per fronteggiare tale disturbo è necessaria la presenza di un'equipe multiprofessionale che consente l'attuazione di considerazioni e interventi completi, in modo da risolvere al meglio la patologia. Questo porta però a delle difficoltà nell'individuare in maniera precisa i ruoli precisi di ognuno. Tra questi è presente la figura dell'infermiere e lo scopo di questa tesi mira a definire più dettagliatamente le tecniche infermieristiche e la loro importanza nel miglioramento della qualità di vita del paziente.

Materiali e metodi.

Dopo aver definito il quesito di ricerca sia in forma narrativa che con metodo PICO è stata intrapresa una ricerca nei database PubMed e GoogleScholar, utilizzando le parole chiave inserite in alcune stringhe di ricerca. Tra i 216 articoli risultati dalla

ricerca, ne sono stati selezionati 11 che descrivono e illustrano tutte quelle tecniche e approcci che l'infermiere deve attuare nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare.

Risultati.

In seguito alla ricerca si è potuto identificare tutti i punti salienti e principali dell'assistenza infermieristica:

- instaurare un'alleanza terapeutica con i pazienti
- ri-educare il paziente ad assumere comportamenti alimentari corretti
- aumentare il peso corporeo dei pazienti
- migliorare l'autonomia e la responsabilità del paziente
- coinvolgere la famiglia nel trattamento di cura

Inoltre, emerge come la figura professionale dell'infermiere debba avere una preparazione e conoscenza adeguata nel poter effettuare al meglio assistenza a questi pazienti.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni il mondo occidentale ha assistito ad un incremento notevole dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), i quali comprendono una serie di alterazioni del modello alimentare, della visione del proprio corpo e del mantenimento del peso. I principali disturbi dell'alimentazione sono l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating disorder), mentre i manuali diagnostici individuano altri disturbi correlati al disturbo della nutrizione come: la pica, la ruminazione, il disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo. Tra i disturbi dell'alimentazione con maggiore rilevanza negli ultimi tempi vi sono l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa. Questi rappresentano un serio problema sociale e sanitario, in quanto chi ne soffre sviluppa delle complicanze fisiche, correlate alla malnutrizione, molto gravi, portando in alcuni casi alla morte. (Salute, s.d.) Ma oltre a conseguenze fisiche, anche a livello sociale, hanno un rilevante peso, infatti, i pazienti che ne soffrono sono isolati dalle amicizie, la famiglia in molti casi non riesce a comprendere il disturbo del proprio figlio, interpretandolo a volte come "capriccio", si sentono incompresi e per questo vengono emarginati nella maggior parte dei casi.

Gli studi sulla prevalenza dei disturbi dell'alimentazione indicano che nella popolazione femminile la frequenza è circa dello 0,3-0,5% (un caso ogni 200-300 persone) per l'anoressia nervosa e dell'1-2% (un caso ogni 50-100 persone) per la bulimia nervosa. Dai dati della popolazione in età adolescenziale e giovanile, le percentuali risultano più alte: fino al 2% delle donne si ammalano di anoressia nervosa e il 4% di bulimia nervosa. Inoltre, quasi il 10% delle ragazze in età a rischio (tra i 15 e i 25 anni) soffre di un disturbo alimentare "parziale" o "subclinico", in cui cioè sono presenti solo alcuni dei criteri dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa, pur presentando un quadro clinico e medico che necessita di attenzione clinica da parte dei terapeuti. (Salute, s.d.)

La situazione epidemiologica nazionale conferma che sia l'anoressia nervosa che la bulimia nervosa sono un problema di salute pubblica di notevole interesse. (Salute, s.d.)

Un campanello d'allarme importante, è l'incremento dell'età d'esordio, se prima il disturbo alimentare si manifestava in una soglia d'età tra i 16-19 anni, ora invece, colpisce già nei primi anni dell'adolescenza, verso i 14-17 anni. Tra le diverse motivazioni di un'insorgenza così prematura, emerge la maggiore esposizione delle nuove generazioni ad un mondo sempre più idealizzato nella magrezza e nella perfezione. La società moderna è focalizzata nello stereotipo in cui la bellezza è sinonimo di magrezza, fisico perfetto, ne sono la dimostrazione le modelle che sfilano nelle passerelle dei più rinomati brand di moda, ma non solo, anche nel mondo dei social si tende a seguire questa linea. Molte volte però non sono conosciute le problematiche legate a questo disturbo e soprattutto cosa può creare questo abbassamento in pazienti così giovani: si verificano numerosi e gravi danni permanenti per la salute, in quanto essendo nella fase più critica e importante per la crescita ed evoluzione dell'organismo, le parti più colpite e importanti sono il sistema nervoso centrale e le ossa. Da quest'ultime l'osteoporosi è una delle complicanze che si manifesta nei maggiori dei casi di anoressia. (Salute, s.d.)

Secondo i dati provenienti dal portale Ministero della Salute, risulta, inoltre, che nell'anoressia nervosa il tasso di remissione è del 20-30% dopo 2-4 anni dall'esordio, 70-80% dopo 8 o più anni. E nel 10-20% dei casi si sviluppa una condizione cronica che persiste per l'intera vita. Quindi la guarigione da questo disturbo alimentare richiede un grande aiuto sia da parte del paziente, il quale dovrà svolgere un lungo percorso psicoterapeutico, sia dal personale sanitario e le strutture attrezzate.

Questi dati dimostrano come i disturbi del comportamento alimentare siano un problema molto grave anche in Italia: è importante dunque ridurre l'incidenza e la cronicizzazione di questi disturbi, attuando degli interventi specifici compiuti da strutture adeguate e personale sanitario specifico. Il trattamento richiede uno sforzo clinico molto elevato e soprattutto tempestivo, con una collaborazione multidisciplinare che comprende medici, psichiatri, nutrizionisti e dietisti, infermieri, endocrinologi.

Il lavoro di questa tesi è mirato ad analizzare e descrivere il disturbo alimentare del comportamento alimentare, dando attenzione anche ai due più diffusi (anoressia nervosa e bulimia nervosa), illustrando l'importanza e il compito infermieristico nel

fronteggiare un disturbo così complesso e delicato allo stesso tempo. In questa revisione bibliografica viene analizzata la letteratura concernente tale tematica al fine di trovare informazioni utili e allo stesso tempo degli spunti interessanti ed efficaci per delineare più precisamente il ruolo dell'infermiere nella gestione dei pazienti con disturbi alimentari.

Il processo di cura e guarigione non è così immediato e imminente, ma anzi richiede molta pazienza, determinazione e soprattutto tempo, in quanto chi soffre di questo disturbo, presenta problemi nella consapevolezza della malattia e nella motivazione al trattamento che possono rendere complicata la collaborazione al programma di cura: per questo gli interventi attuati devono mirare a una visione globale della patologia, cioè un approccio multidimensionale e interdisciplinare.

Nel primo capitolo mi soffermo a spiegare il quadro teorico dei disturbi alimentari, con focalizzazione sull'anoressia nervosa e bulimia nervosa, definendo successivamente il nursing e il nursing avanzato e illustrando poi le competenze in maniera generica del personale sanitario, con la precisazione del ruolo infermieristico. Nel secondo capitolo verrà esposta la ricerca e revisione letteraria con gli articoli selezionati, dove in seguito verrà esposta la loro analisi. Infine, seguirà la discussione e la conclusione di questa ricerca.

CAPITOLO 1. QUADRO TEORICO

1.1 DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione anche detti semplicemente disturbi dell'alimentazione sono patologie complesse, invalidanti, in certi casi anche mortali, che compromettono notevolmente la salute fisica e influenzano la sfera psicosociale. Sono caratterizzati da comportamenti disturbati nei confronti della forma corporea e un'eccessiva preoccupazione per il peso e per l'alimentazione. Soffrire di questi disturbi comporta uno sconvolgimento totale della vita del paziente, in quanto viene limitata la sua capacità relazionale, sociale e lavorativa. (Salute, s.d.). Tutto ruota intorno all'ansia di ingrassare e all'alimentazione. Se prima era considerato normale e quotidiano fare colazione, pranzare, cenare, ora questi pasti diventano una montagna quasi impossibile da superare. Diventa così, difficile partecipare a feste di compleanno, a matrimoni, a qualsiasi attività che riguardi il cibo, diminuendo così anche la rete sociale, isolandosi dal mondo che sembra estraneo e incomprensibile rispetto al loro stato d'animo.

Molto spesso i pensieri per il cibo diventano frequenti e presenti anche nei momenti in cui non si deve mangiare, ad esempio quando non si è seduti a tavola, a lavoro o scuola. La mente viene assillata da pensieri come "cosa dovrò mangiare dopo?", "quante chilocalorie dovrò mangiare per non ingrassare?", e così inizia il loro conto per verificare se possono rientrare in un range per loro consono.

I disturbi alimentari negli ultimi anni sono aumentati notevolmente, specialmente tra adolescenti femmine, e soprattutto negli ultimi decenni l'età d'esordio si è abbassata ai 14 anni, quando prima era dai 15-16 anni.

Nella sezione «Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione» il DSM-5 (American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) individua le seguenti categorie:

1. *Disturbo da ruminazione* consiste nell'abitudine, che dura da almeno un mese, di rigurgitare il cibo deglutito per poi masticarlo e deglutirlo di nuovo o regugitarlo. Questo comportamento si può associare a insufficienze mentali o a disturbi psicotici. (Cuzzolaro M., 2014)

2. *Pica* si manifesta con l'ingestione abituale, per almeno un mese, di sostanze non nutrienti e/o considerate non alimentari nella propria cultura come carta, terra, feci, ghiaccio. Il comportamento può essere legato a insufficienze mentali o a disturbi psicotici cronici con lunghe istituzionalizzazioni. (Cuzzolaro M., 2014)
3. *Disturbo da evitamento/restrizione* dell'assunzione di cibo è un quadro clinico proprio dell'età evolutiva ma può manifestarsi anche in età adulta. Comprende per esempio, disfagia funzionale (non poter mangiare cibi solidi per paura di restare soffocati); alimentazione selettiva (limitata a pochi cibi, sempre gli stessi); mangiare troppo poco in modo schizzinoso e capriccioso scartando continuamente i cibi; evitamento fobico di qualsiasi alimento nuovo. (Cuzzolaro M., 2014)
4. *Anoressia nervosa*
5. *Bulimia nervosa*
6. *Disturbo da alimentazione incontrollata* è un disturbo che si caratterizza per la presenza di crisi bulimiche in assenza di comportamenti di compensazione inappropriati per il controllo del peso. (Salute, s.d.)
7. *Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con o senza altra specificazione* è usata in situazioni in cui il clinico sceglie di non specificare il motivo per cui i criteri non sono soddisfatti per uno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, e include presentazioni in cui ci sono insufficienti informazioni per fare una diagnosi più specifica. (Salute, s.d.)

I casi più comuni e diffusi sono di anoressia nervosa e bulimia nervosa, in quanto vi è un notevole incremento di adolescenti femmine che si trovano coinvolte a fronteggiare tali disturbi.

1.2 L'ANORESSIA NERVOSA

I criteri diagnostici per l'Anoressia Nervosa secondo il DSM-V sono:

1. Restrizione dell'assunzione calorica in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso (inferiore al minimo normale) nel contesto di età, sesso, sviluppo e salute fisica.

2. 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.
3. 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.

Tra le note di codifica per effettuare una diagnosi, figurano due sottotipi di Anoressia Nervosa:

- Tipo con restrizioni, descrive gli individui che non sperimentano negli ultimi tre mesi (precedenti la diagnosi) episodi di abbuffate o comportamenti di eliminazione (per es. vomito autoindotto o 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.
- Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione, che caratterizza gli individui che si impegnano regolarmente (ultimi tre mesi precedenti la diagnosi) in comportamenti di eliminazione (cioè, vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

Nell'anoressia in remissione inoltre vengono individuate due tipologie:

In remissione. Ovvero 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 precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, non è stato soddisfatto nessuno dei criteri per un consistente periodo di tempo.

Inoltre, è possibile anche indicare un livello di gravità, che si basa, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (IMC). I range sono derivati dalle categorie dell'Organizzazione mondiale della Sanità:

Livello di gravità attuale

- *Lieve*: Indice di massa corporea $\geq 17 \text{ kg/m}^2$
- *Moderato*: Indice di massa corporea 16-16,99 kg/m^2
- *Grave*: Indice di massa corporea 15-15,99 kg/m^2
- *Estremo*: Indice di massa corporea $< 15 \text{ kg/m}^2$

(American Psychiatric Association, 2014).

Le persone che soffrono di questo disturbo possiedono una caratteristica comune ovvero la non percezione della propria immagine corporea. L'idea che si è creata nella mente riguardo al proprio corpo e alle proprie forme diventa giorno dopo giorno, sempre più presente e invalidante per la vita reale. Infatti, guardarsi allo specchio significa per loro vedere una figura con i fianchi troppo larghi, le gambe grasse e la pancia "grande", senza rendersi conto, invece, del continuo calo ponderale del loro peso corporeo. Ma anzi, la continua perdita di chili, li fa sentire meglio, in quanto più si è magri, più si è belli e sicuri di sé.

I pazienti anoressici possiedono caratteristiche psicologiche ben definite come: bassa autostima, insoddisfazione di sé e insoddisfazione verso il proprio corpo, il "perfezionismo clinico" (cioè uno stato ansioso che porta ad avere paura di sbagliare in qualsiasi cosa facciano o dicano o sono, portandoli quindi al pensiero di fallimento definitivo), l'estrema necessità di controllo, la depressione, la difficoltà nei rapporti con gli altri, la paura di crescere. La protesta e la sfida, la presenza di situazioni familiari o sociali negative e alessitimia (ovvero incapacità di riconoscere le proprie emozioni e di comunicarle verbalmente). (Beadle et al., 2013; George, 1997)

Le cause di questi disturbi sembrano non essere del tutto conosciute, ma ricerche scientifiche dimostrano come il loro sviluppo sia frutto di un'interazione complessa e multipla di fattori. Si parla dunque di eziopatogenesi multifattoriale, sistema elaborato da Garner, in cui si individuano fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento. Nel primo, si conferiscono elementi biologici, psicologici e sociale/ambientali, nel

secondo invece, dieta ed eventi stressanti; nell'ultimo, infine, perdita di peso con crisi bulimiche e/o vomito/lassativi, conseguenze fisiche e psichiche e reazioni emotive. (Garner D. M., 1993).

Quando si parla di anoressia nervosa è necessario associarla a patologie psichiatriche, come ad esempio la depressione, disturbi d'ansia, l'abuso di sostanze o di alcool, disturbo ossessivo-compulsivo e i disturbi di personalità. Inoltre, possono presentare atteggiamenti auto-aggressivi, come autolesionismo (tagliarsi, graffiarsi, bruciarsi parti del corpo, tirarsi i capelli) e tentativi di suicidio. (George, 1997)

L'anoressia nervosa richiede un'attenzione particolare, in quanto non si tratta solo di una patologia fisica, ma compromette la persona a 360°, partendo quindi dalla salute fisica a quella mentale. Inoltre, è uno dei disturbi alimentari con il rischio più alto di mortalità, causato dal grave stato nutrizionale che versano i pazienti che ne soffrono, comportando dunque ad un susseguirsi di complicanze fisiche e metaboliche.

È necessario, pertanto, un lavoro adeguato e preciso, composto da personale sanitario preparato che riesca a far fronte a questo disturbo nel miglior modo possibile, richiedendo però altrettanto lavoro e determinazione da parte del paziente che ne soffre.

1.3 LA BULIMIA NERVOSA

I criteri diagnostici per la Bulimia Nervosa secondo il DSM-V sono rimasti gli stessi del DSM-IV con l'eccezione del cambiamento del criterio C:

A) episodi ricorrenti di abbuffata, il quale è caratterizzato dai 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 o quanto si sta mangiando)

B) ricorrenti ed inappropriate condotte compensatori e 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 in media almeno una volta alla settimana per tre mesi
- D) i livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporeo
- E) l'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa

È necessario specificare se si tratta di bulimia:

- 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

Inoltre, è possibile anche indicare un livello di gravità, che si basa, sulla frequenza di condotte compensatorie inappropriate.

- Lieve: in media 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana
- Moderata: in media 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana
- Grave: in media 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana
- Estrema: in media 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

(Salute, s.d.)

Le persone che soffrono di bulimia nervosa danno molta importanza al loro corpo, definendosi insoddisfatti. Ogni modifica fisica e la loro stima viene vissuta come una frustrazione e perdita di controllo sul proprio corpo. Ciò che comporta la bulimia a livello emotivo è un apparente sollievo e senso di piacere, in quanto le sensazioni temporaneamente “positiva”, vengono sostituite da quelle negative, in cui le abbuffate trasmettono angoscia per la possibilità di ingrassare e per la mancata capacità di controllarsi. Si può definire un meccanismo circolare in cui l’abbuffata (ingestione di cibi grassi, dolci e ad alta energia) viene compensata da metodi come il vomito, dove l’ansia sembra alleviarsi, ma successivamente compare un senso di vuoto che ne innesca un’altra. A livello fisiopatologico il vomito ha un ruolo che non si deve sottovalutare: l’aumento di insulina e l’ipoglicemia conseguenti all’aumento di fame post vomito che innescano così un’altra crisi bulimica. (Fairburn & Brownell, 2013).

Uno dei sentimenti presenti nella bulimia nervosa è quello della vergogna e della colpa, motivo per il quale la patologia viene nascosta alla famiglia e agli amici, dove in molti casi la richiesta d’aiuto viene svolta tardi. Inoltre, chi soffre di bulimia nervosa, rinuncia a situazioni sociali che comportano il condividere cibo con altre persone, determinando in loro uno stato ansioso e irritabile.

Come l’anoressia nervosa, la bulimia nervosa è spesso associata a disturbi psichici come depressione, abuso di sostanze, disturbi d’ansia e disturbi di personalità. Chi soffre di questa malattia solitamente presenta caratteristiche psicologiche comuni come:

- perfezionismo in cui il paziente si auto impone delle aspettative di vita molto alti
- pensiero del “tutto o niente” che esprime la nascita delle crisi bulimiche. Spesso la persona, convinta di aver trasgredito la dieta con piccole quantità di cibo, vengono guidate dal pensiero “tanto ormai ho rovinato tutto” e iniziano con l’abbuffata
- bassa autostima

- impulsività le pazienti hanno difficoltà a gestire gli impulsi, manifestandosi con comportamenti autolesionistici o sessuali promiscui o utilizzo di alcool e droghe o inserirsi in situazioni pericolose

(Fairburn & Brownell, 2013).

1.4 NURSING E NURSING AVANZATO: DEFINIZIONI

Il termine *nursing* è sia sostantivo che gerundio del verbo *to nurse*, il cui primo significato è “allattare un fanciullo”. Da qui si susseguono i diversi significati figurativi di “allevare”, “far crescere”, “educare”.

Oggi il termine inglese *nurse* è collegato in italiano a infermiera/e, e quello di *nursing*, spesso associato a *care (nursing care)*, ovvero assistenza infermieristica. Ma cosa tratta dunque questa “assistenza infermieristica”? Nel documento “Defining nursing” (Royal College of Nursing 2003) viene definito “nell’uso del giudizio clinico nell’erogazione delle cure per rendere le persone capaci a migliorare, di mantenere o di recuperare la salute, di affrontare problemi di salute e di realizzare la miglior qualità di vita possibile, quale che sia la loro malattia o disabilità, fino alla morte”.

Il giudizio clinico è consustanziale all’assistenza infermieristica ovvero l’assenza del primo deprime la natura stessa della seconda.

Per l’infermiere, utilizzare il giudizio clinico, significa posizionarsi in una prospettiva di scoperta di ciò che le persone esprimono in merito a quello che le preoccupa creando loro problema; vuol dire inoltre, comprendere l’evolvere della situazione di salute dell’assistito in rapporto al suo progetto di vita.

Quindi assistenza infermieristica non è solo fare o eseguire, ma è anche decidere e agire, in modo scientificamente ed eticamente fondato, per un risultato. Mira, inoltre, al potenziamento del potere personale dell’assistito, il cosiddetto empowerment, nel dare nuovo senso a situazioni esistenziali mutate, nel migliorare l’autonomia del suo vivere.

Dall’ICN (2008) viene poi definito l’advanced practice nurse (APN) come “un infermiere generalista o specializzato che ha acquisito, attraverso una formazione

universitaria avanzata, una base di conoscenze a livello di esperto, capacità di prendere decisioni complesse e competenze cliniche per esercitare una pratica avanzata”.

L'infermiere specialista clinico (ISC) è un infermiere di pratica avanzata con una preparazione universitaria superiore (master clinico), è l'esperto clinico nell'accertamento e nella pianificazione dell'assistenza nell'area di competenza, ha una conoscenza approfondita dei percorsi diagnostico-terapeutici dei propri assistiti, è in grado di sviluppare i propri interventi secondo le più recenti indicazioni dell'evidence-based nursing. L'ISC lavora con gli altri infermieri, favorendo la crescita e l'aggiornamento della pratica infermieristica, per migliorare i risultati delle cure al paziente e costruire nuove strategie di assistenza. (Youngblut & Brooten, 2001).

Dunque, la figura professionale dell'infermiere e il suo ruolo è molto importante e decisionale nei processi assistenziali e terapeutici a livello sanitario. Nei prossimi paragrafi, emergerà questa linea nel campo dei disturbi alimentari, in particolar modo nell'anoressia nervosa.

1.5 OBIETTIVI ASSISTENZIALI NELL'APPROCCIO AL DISTURBO ALIMENTARE

Nel trattamento dei disturbi alimentari è necessario un approccio da parte di un'equipe multidisciplinare in grado di affrontare la psicopatologia specifica dei disturbi alimentari, l'eventuale psicopatologia associata e le complicanze mediche della malnutrizione e dell'uso di comportamenti estremi di controllo del peso (dieta ferrea, vomito autoindotto, assunzione impropria di lassativi e diuretici, eccessivo esercizio fisico).

Nell'equipe possono essere incluse in modo variabile, in base al livello di intensità di cura e al suo setting figure come medici (psichiatri/neuropsichiatri infantili, medici con competenze nutrizionali, ricovero in unità riabilitative psichiatriche) e anche dietisti, psicologi, infermieri, educatori professionali, endocrinologi, fisioterapisti. Dalle indicazioni contenute nel DGR 569/19, perché un'equipe si dimostri funzionale, deve essere caratterizzata da alti livelli di comunicazione e dalla condivisione dei progetti terapeutici con momenti integrati di discussione tra specialisti e con la famiglia.

Gli obiettivi e le procedure del trattamento riabilitativo devono essere adattati alla necessità di ogni singolo individuo, definendo nelle unità di riabilitazione il cosiddetto progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP). È necessario successivamente che la presa in carico di ogni paziente si fondi su un Piano di Trattamento Individuale (PTI), il quale deve essere regolarmente aggiornato in funzione dell'andamento clinico e indicando le caratteristiche funzionali del paziente, con la sua partecipazione al trattamento, le motivazioni e gli obiettivi del programma di cura e la tipologia delle prestazioni erogate dall'equipe.

Gli interventi terapeutici e riabilitativi eseguiti nelle strutture residenziali e semi-residenziali si possono riassumere in questi punti:

- Valutazione psichiatrica
- Valutazione medica nutrizionale e internistica
- Pasto assistito
- Psicoterapia individuale
- Psicoterapia di gruppo
- Coinvolgimento dei familiari sia per aspetti psico-educativi sia per gestione dei pasti a domicilio

È importante, dunque, che il rapporto che si instaura con il paziente, permanga per tutta la durata del trattamento e abbia una continuità nella fase di mantenimento.

(Salute, s.d.)

1.6 RUOLO INFERMIERE

L'infermiere è considerato l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica generale. Egli partecipa alle cure all'interno dell'equipe terapeutica, contribuendo in maniera determinante alla realizzazione del programma di trattamento, in particolar modo a livello ospedaliero e riabilitativo residenziale e semiresidenziale. Si occupa inoltre, della gestione del paziente attraverso:

- accoglienza del paziente
- accoglienza della famiglia

- promozione del dialogo e dell'ascolto
- creazione alleanza terapeutica sia con il paziente che con la famiglia in fase di accoglienza e ricovero
- osservazione e monitoraggio delle esigenze del paziente ricoverato, delle sue condizioni cliniche soprattutto in casi di grave instabilità medica

(Salute, s.d.)

CAPITOLO 2. MATERIALI E METODI

2.1 DEFINIZIONE DEL QUESITO DI RICERCA IN FORMA NARRATIVA

Quali tecniche di nursing sono attuabili nel processo terapeutico dei disturbi del comportamento alimentare utili per superare e migliorare la prognosi e la qualità di vita del paziente?

2.2 DEFINIZIONE DEL QUESITO CLINICO

P (problema) = paziente affetto da un disturbo del comportamento alimentare

I (intervento) = tecniche di nursing attuabili nel processo di guarigione e cura

C (confronto) = nessuna comparazione

O (outcome) = miglioramento della prognosi e della qualità di vita del paziente

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

La ricerca è stata condotta nei seguenti database:

- PubMed
- GoogleScholar

I siti internet:

- Ministero della salute
- Regione Veneto Sanità

Sono state utilizzate le seguenti parole chiave nelle seguenti stringhe di ricerca:

- Eating disorders AND nursing interventions
- Eating disorders AND nurse
- Eating disorder AND nursing
- Anorexia AND nursing interventions
- Bulimia AND nursing interventions
- Nursing for eating disorder: literature review

Sono stati selezionati tutti gli articoli che descrivono gli interventi infermieristici o il ruolo dell'infermiere nel trattamento del disturbo del comportamento alimentare sia in generale, che nell'anoressia nervosa, con la loro efficacia e rilevanza all'interno della pratica clinica.

Non sono stati selezionati gli articoli scritti in lingue diverse dall'inglese e dall'italiano e tutti quelli a cui non è stato possibile reperire il testo completo.

CAPITOLO 3.

3.1 RISULTATI DELLA RICERCA

BANCHE DATI	PAROLE CHIAVI	N° ARTICOLI	N° ARTICOLI SELEZIONATI	ARTICOLO
Google Scholar	Nursing for eating disorder: literature review	70	4	<ul style="list-style-type: none"> - Snell et al (2010). - Beukers et al (2015). - Bakker et al (2011). - Van Ommen et al (2008).
PubMed	Eating disorder AND nurse	25	3	<ul style="list-style-type: none"> - Foà et al (2019) - Jennings K. M. (2018) - Salzmann-Erikson e al (2016)
PubMed	Eating disorder AND nursing	10	1	Studi selezionati in precedenza
PubMed	Eating disorder AND nursing interventions	7	1	Studi selezionati in precedenza
PubMed	Bulimia AND nursing interventions	4	0	/

PubMed	Anorexia AND nursing interventions	5	0	/
Google Scholar	Eating disorder nursing interventions	75	2	- Holyoake D. D. (1998) - Corral-Liria et al (2020)
Google Scholar	Anorexia nursing interventions	20	2	- McCullough Grossniklaus D. (1980) - King e al (2001)

3.2 ELENCO DEGLI ARTICOLI SELEZIONATI

Di seguito viene proposta una sintesi degli articoli selezionati durante la ricerca che riguardano il ruolo, le tecniche di nursing con gli interventi dell'infermiere nel processo terapeutico del disturbo alimentare, mirati a migliorare la prognosi e la qualità di vita dei pazienti.

3.2.1 Snell L, Crowe M, Jordan. (2010) – Maintaining a therapeutic connection: Nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*.

Lo scopo di questo studio era di indagare e teorizzare le esperienze degli infermieri nello sviluppo di una relazione terapeutica con i pazienti ricoverati in un servizio ospedaliero specializzato per disturbi alimentari per il recupero del peso. Si tratta di uno studio condotto nell'unità specialistica dedicata ai disturbi alimentari in Nuova Zelanda. Gli infermieri presi in considerazione erano infermieri psichiatrici o completi, cioè iscritti all'esercizio professionale in contesti di salute mentale e generale. L'obiettivo che il personale sanitario si doveva porre era l'assunzione di cibo. Per arrivare a tale traguardo, gli infermieri dovevano introdurre delle tecniche ben precise, tra queste: lo sviluppo della connessione terapeutica, cioè applicare delle strategie di condivisione delle conoscenze, ritmo o pacing e il mantenimento di una presenza fiduciosa. Spiegare ai pazienti la loro condizione fisica e psicologica e i

cambiamenti che queste parti stavano assumendo a causa del loro disturbo, permetteva loro di aumentare la consapevolezza e di ridurre la resistenza interpersonale. Era necessario, inoltre, attuare strategie da parte degli infermieri per gestire il continuo stress del paziente nel processo di riconoscimento e la sfida con la patologia, assumendo e mantenendo sempre una presenza fiduciosa nella quale, trasmettendo loro disponibilità e supporto, riuscivano a superare la paura di lascia andare. Inoltre, l'ambiente terapeutico dipendeva dalla capacità dell'infermiere di contrastare le interazioni negative e potenzialmente distruttive del paziente fornendo un processo trasparente nell'attuazione e nel proseguimento degli interventi terapeutici. L'infermiere era considerato parte centrale del processo nel coordinare lo sviluppo di negoziazioni affidabili tra paziente e team, essendo due parti in conflitto nel processo di guarigione.

3.2.2 Beukers L., Berends T., de Man-van Ginkel J.M., va Elburg A. A, & van Meijel B. (2015) –Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions- *International Journal of Mental Health Nursing*.

Lo scopo di questo studio qualitativo e descrittivo è quello di descrivere gli interventi infermieristici volti a ripristinare il normale comportamento alimentare in paziente con anoressia nervosa. È uno studio condotto in un'unità specialista nei disturbi alimentari con adolescenti tra i 12 e 18 anni, in cui vengono trattati solitamente dagli 8 ai 10 pazienti alla volta. Tra le prime tecniche infermieristiche descritte vengono individuate: monitoraggio e istruzione, incoraggiamento ed istruzione, supporto e comprensione e nell'ultimo l'educazione. Nel primo gli infermieri monitoravano, sedendosi accanto a loro durante il pasto, il comportamento del paziente nell'assunzione di cibo, guidandoli in caso di atteggiamenti errati a correggerli e attuare quelli corretti, ad esempio se veniva sbriciolato il cibo per ridurre al minimo l'assunzione, prendevano morsi molto piccoli, affettavano eccessivamente il cibo, spostavano il cibo per fermarsi, non variavano tra i cibi o semplicemente fissavano il cibo. Dopo aver istruito i pazienti a interrompere queste abitudini alimentari, venivano immediatamente istruiti ad assumere normali abitudini alimentari. Nel secondo intervento invece, gli operatori sanitari avevano il compito di incoraggiare costantemente i pazienti a iniziare o continuare il pasto, facendolo con frasi brevi come

“dai”, “avanti”, “continua”; o attraverso la fissazione di piccoli obiettivi e raggiungibili durante il pasto come “Mangia quel boccone di cibo e cerca di fare un passo avanti rispetto a ieri”. Gli operatori sanitari incoraggiavano i pazienti anche in termini più generali con ad esempio “Combatti contro i tuoi pensieri, cerca di essere più forte. Non lascerai vincere questi pensieri, vero?”. Nella terza tecnica prevede supporto ai pazienti durante i pasti, complimentandosi con quanto sono riusciti a svolgere e portare a termine, mostrandosi allo stesso tempo comprensivi al loro stato di stress e ansia di fronte a consigli, istruzioni e suggerimenti. Gli operatori invitavano i pazienti a comunicare con loro e a non ritirarsi nel loro mondo interiore di pensieri e resistenze anoressiche. Infine, nell’ultimo intervento di educazione gli infermieri, avevano il compito di educare i pazienti sulle caratteristiche specifiche dell’anoressia e gli effetti che comporta a livello fisico ed emozionale, contribuendo alla comprensione da parte dei pazienti del disturbo e delle sue manifestazioni. Educandoli anche alle normali abitudini alimentari.

3.2.3 Bakker R., van Meijel B., Beukers L., van Ommen J., Meerwijk E., van Elburg A. (2011) – Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*

Questo studio condotto da una clinica dei Paesi Bassi specializzata in Disturbi Alimentari che tratta adolescenti tra i 12 e i 18 anni, ha lo scopo di analizzare dal punto di vista infermieristico quali aspetti dell’assistenza infermieristica, siano più efficaci nel recupero del peso corporeo normale in pazienti che soffrono di anoressia nervosa. Gli operatori sanitari sottolineano l’importanza nella fase del trattamento ad assumere virtualmente il pieno controllo e la responsabilità dei pazienti nel momento del pasto, in quanto era solito nei pazienti anoressici rifiutare il cibo. La responsabilità nel capire quando era necessario intervenire con una nutrizione sostitutiva e spiegare loro che la lotta che veniva svolta era contro il loro disturbo e non alla loro persona. Gli infermieri dovevano assumere atteggiamenti di empatia e comprensione, ma anche direzionale e focalizzato al cambiamento delle loro abitudini alimentari. Inoltre, mostrarsi trasparenti sul mangiare, sulle paure e sugli ostacoli interiori del paziente hanno permesso di creare discussioni efficaci, rendendo il disturbo meno riservato e allo stesso tempo, ha contribuito a rompere l’isolamento emotivo del paziente. Un altro

passo che viene illustrato dagli infermieri come tecnica di approccio assistenziale era il “restituire la responsabilità” ovvero dal momento in cui il paziente avesse riacquisito sufficiente peso corporeo e mostrato un cambiamento nelle abitudini alimentari, permettevano gradualmente una libertà che consisteva nel non sedersi più accanto a loro durante i pasti (tenendoli comunque osservati), potevano scegliere gli spuntini fuori pasto e in certi casi anche i condimenti e pasti caldi. Quindi si passava da un ruolo di natura direzionale a uno di supervisione di supporto, diventando una rete di sicurezza: si limitavano ad avvicinare uno specchio al viso del paziente per aiutarlo a realizzare le proprie percezioni e comportamenti e quindi promuovere l'autoregolazione e l'autoresponsabilità nella misura più ampia possibile in vista anche dell'eventuale dimissione del paziente dalla clinica. Gli infermieri hanno, inoltre, messo in evidenza il loro ruolo nel far riconoscere schemi di esercizio anormali, questo grazie alla loro competenza e formazione adeguata, come “la seduta attiva” (sedersi con i muscoli addominali contratti e gambe sollevate), camminare o alzarsi in piedi, spiegando loro che erano atteggiamenti dominati dal desiderio di bruciare calorie extra. Lo scopo dichiarato degli interventi infermieristici era trasformare un esercizio malsano e compulsivo in un esercizio salutare e aiutare i pazienti a sperimentare un comportamento di esercizio sano, ad esempio venivano accompagnati durante una passeggiata e hanno indicato il ritmo normale della deambulazione. In aggiunta emerge come gli infermieri spiegassero loro la normalità di un pasto più abbondante in caso di esercizi fisici e come il primo obiettivo dell'attività fisica fosse divertimento e rilassamento e non il consumo compulsivo di calorie. Gli ultimi due aspetti delineati dagli infermieri sono l'incoraggiamento ai loro pazienti nel riprendere la vita sociale, attraverso lo svolgimento di attività di gruppo, e spiegando loro l'importanza del contatto con il mondo esterno. I pazienti venivano supportati nella loro ricerca di attività significative e soddisfacente, indicando con loro le cognizioni che ostacolavano i pazienti nel perseguire tali attività. Infine, l'ultimo aspetto infermieristico illustrato in questo studio è la consulenza ai genitori: gli infermieri ritenevano che fosse impossibile curare una paziente senza il sostegno dei suoi genitori. Pertanto, il personale sanitario aveva il compito di investire tempo e fatica per creare un buon rapporto con i genitori, portandoli ad approvare il processo di guarigione con la conseguenza della paziente nel sentirsi maggiormente compresa e

giustificata. Venivano fornite indicazioni, informazioni riguardo il loro disturbo e dati suggerimenti da applicare nei momenti dei pasti, momento ritenuto dal loro canto difficile da gestire. L'alleanza infermiere-genitore permetteva di creare le basi per delle azioni chiare e coerenti intraprese per il paziente-figlio, formando una sfera di chiarezza nell'adolescente.

3.2.4 van Ommen J., Meerwijk E. L., Kars M., van Elburg A. & van Meijel B. (2009) – Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: The patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing*.

Lo scopo di questo studio è quello di sviluppare, dal punto di vista del paziente, un modello teorico provvisorio in cui spiegare l'efficace assistenza infermieristica ospedalizzata in pazienti con anoressia nervosa. Gli aspetti che vengono evidenziati dell'approccio infermieristico che secondo i pazienti hanno contribuito al recupero del loro peso corporeo sono divisi in tre categorie: normalizzazione, struttura e responsabilità. Per quanto riguarda la prima emerge come all'inizio del ricovero dei pazienti era necessario imparare a mangiare, in cui il compito infermieristico volgeva a normalizzare il loro schema alimentare e l'esercizio fisico. I pazienti inizialmente esprimevano uno stress estremo durante i primi pasti, mostrando avversione verso il cibo, non seguendo le indicazioni date e soprattutto erano terrorizzati all'idea di aumentare di peso. Dunque, il personale infermieristico supportandoli alla normalizzazione e dimostrandosi insistenti, sono riusciti ad ottenere l'obiettivo previsto. Infatti, i pazienti successivamente hanno ritenuto molto utili le azioni direzionali del personale infermieristico, spiegando come avevano perso il senso di come mangiare correttamente, avendo bisogno degli interventi basati sulla struttura per poter riprendere un normale schema alimentare. Inoltre, i pazienti hanno mostrato come che la presenza fisica degli infermieri fosse vitale nel processo di ripristino dei normali schemi comportamentali, in quanto la loro presenza consentiva loro l'impossibilità a compiere esercizio eccessivo: da un lato provavano ansia perché costretti a combattere il loro comportamento compulsivo; dall'altro, veniva offerto loro un supporto basato sulla continuità e strutturato. Inoltre, dal punto di vista terapeutico, il personale infermieristico ha facilitato le interazioni tra i pazienti nelle varie fasi del trattamento grazie ad assemblee mattutine e pasti di gruppo, promuovendo il supporto e l'identificazione all'interno del gruppo dei pari. Nella seconda categoria gli infermieri

assumevano atteggiamenti volti a rendere i pazienti responsabili nell'alimentazione e nell'esercizio. I pazienti hanno sentito il sostegno attraverso l'uso di un piano d'azione individuale, che prevedeva ripetuti momenti di valutazione, conteneva dettagli specifici su quali responsabilità venivano restituite ai pazienti e in quale fase. Tutto ciò veniva poi sentito dai pazienti positivo, efficace ed incoraggiante per il loro percorso di consapevolezza e guarigione. Nell'ultima fase del processo di cura, i pazienti stessi erano in gran parte responsabili delle loro abitudini alimentari e di esercizio fisico. Le infermiere davano supporto offrendo esercizi per variare il comportamento alimentare nella vita di tutti i giorni, ad esempio durante i pranzi a scuola. I pazienti iniziavano ad acquisire libertà frequentando la scuola e gli amici e la loro permanenza fuori dalla clinica è stata vissuta in due maniere: incertezza e ansia sulla propria identità e immagine corporea, con paura del rifiuto, ma allo stesso tempo si sentivano confortati e supportati dagli infermieri i quali hanno continuato a sostenerli anche una volta usciti, perfezionando ogni giorno di più le loro cognizioni irrazionali. Dall'esperienza dei pazienti emergeva come il ruolo dell'infermiere avesse contribuito in maniera attiva a uno sviluppo sempre più progressivo in cui il loro disturbo molte volte non era solo l'unico argomento da trattare, ma subentravano anche conversazioni sull'essere innamorati, sul divertimento, sul trucco.

3.2.5 Foà C., Bertuol M., Deiana L., Rossi S., Sarli L. & Artioli G. (2019). – The Case/Care Manager in Eating Disorders: The nurse's role and responsibilities. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis.*

Lo scopo di questo studio è quello di indagare e rilevare ruolo, attività ed aspettative dell'infermiere nell'assistenza ai pazienti con DCA. Il Case/Care Manager (CCM) è una figura professionale che ha come obiettivo primario di soddisfare i bisogni bio-psico-sociali della persona attraverso la gestione dell'intero percorso assistenziale e attraverso il coordinamento dei diversi servizi sanitari e di assistenza sociale. Inoltre, il CCM fa anche parte del team multidisciplinare e svolge sia un ruolo di coordinamento che clinico, gestionale e formativo. Per le diverse figure professionali, gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nel processo di guarigione grazie a un programma terapeutico che risponda a dei criteri di adeguatezza. Infatti, prendono in considerazione i protocolli e le procedure designate e soprattutto l'individualità di ogni paziente. Tra le diverse attività dell'infermiere nell'approccio ai disturbi alimentari

emergono interventi più diretti e tecnici come prelievi, posizionamento del sondino nasogastrico, flebo, compilazione cartella infermieristica, rilevazione dei parametri vitali, controllo del peso, pasto assistito, somministrazione della terapia; ma vengono associati anche interventi più personali come cercare di comprendere il paziente, ascoltare le sue necessità per costruire un rapporto di fiducia, ritenuto fondamentale nell'assistenza infermieristica. I valori che esaltano per una comunicazione e relazione interpersonale con il paziente sono: la fiducia, l'empatia, l'impegno, la sincerità, l'onestà, il sostegno, la fiducia, la responsabilità, la capacità di non giudicare, la coerenza. Infine, l'infermiere deve essere disposto a prendersi cura della famiglia, attraverso il dialogo, l'alleanza terapeutica, il sostegno, mantenendo la sensibilità e la professionalità che li contraddistingue.

3.2.6 Jennings K. (2017) – The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals with Anorexia Nervosa. *Advances in Nursing Science*

Lo scopo di questo articolo consta nel fornire una panoramica della Roy Adaptation Model (RAM) come quadro teorico per comprendere al meglio gli individui con anoressia nervosa, sperimentando il ripristino del peso corporeo (cioè il ripristino o l'aumento del peso corporeo a un peso sano) durante il trattamento acuto (cioè, in regime di ricovero e residenziale) e il ruolo degli interventi infermieristici nella promozione del ripristino del peso. Gli infermieri emergono come principali responsabili della valutazione del peso corporeo e dell'implementazione del protocollo, svolgendo un ruolo critico nel processo di trattamento attraverso le interazioni quotidiane con i pazienti. Essi hanno il compito di mantenere una buona relazione terapeutica con il paziente, manovrando contemporaneamente la dualità dei ruoli come membro del team di trattamento e sostenitore del paziente. Sono richiesti: coerenza, immediatezza, empatia, rispetto e trasparenza per stabilire e mantenere un'alleanza terapeutica. Altri interventi infermieristici efficaci includono il monitoraggio e la supervisione dell'aderenza al trattamento, l'offerta di incoraggiamento e supporto, l'istruzione sull'anoressia nervosa e la modellazione dei ruoli. L'obiettivo dell'assistenza infermieristica è quello di migliorare i processi vitali per promuovere l'adattamento, poiché l'adattamento è il processo e il risultato del pensiero e del sentimento degli individui che usano la consapevolezza e la scelta

consapevole per creare integrazione umana e ambientale. Inoltre, vengono illustrate delle modalità adattive applicative a cui corrispondono interventi infermieristici precisi:

- 1 Modalità di interdipendenza -> gli infermieri avevano il compito di valutare e monitorare regolarmente le difficoltà di regolazione delle emozioni. Discutere le difficoltà emozionali riscontrate durante il ripristino del peso, insegnare strategie alternative per gestire le emozioni.
- 2 Modalità fisiologica -> avevano il compito di monitorare il peso corporeo e i segni vitali. Registrare e monitorare l'apporto calorico e i pasti circostanti. Discutere giornalmente delle emozioni associate al peso corporeo e all'assunzione di cibo.
- 3 Modalità di ruolo -> dovevano valutare regolarmente la percezione di autonomia e il loro senso di controllo, collaborare con i pazienti e sviluppare obiettivi per sperimentare l'autonomia. Fornire opportunità per promuovere senso di controllo (es. offrire opzioni ai pasti).
- 4 Modalità del concetto di sé -> valutare e monitorare regolarmente la gravità della sopravvalutazione della forma e del peso, discutendo come essa influisca sulla consapevolezza di sé e sul trattamento. Collaborare con i pazienti per stabilire obiettivi incrementali per combattere questa sopravvalutazione.

3.2.7 Salzmann-Erikson M., & Dahlén J. (2017) – Nurses' Establishment of Health Promoting Relationship: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *Journal of Child and Family Studies*.

Lo scopo di questa revisione è di identificare e descrivere i fattori che promuovono e ostacolano le relazioni tra infermieri e bambini, adolescenti e giovani adulti con anoressia nervosa, esplorando come tali relazioni avvantaggiano i processi dei pazienti verso una maggiore salute e benessere. Nei risultati vengono presentati quattro temi: gli elementi essenziali in una relazione; la persona al centro; gli atteggiamenti degli infermieri; e conoscenza. Nel primo è necessario che gli infermieri assumano sentimenti essenziali nell'approccio terapeutico, e tra questi: solidarietà, partecipazione e uguaglianza, fondamentali in quanto consentivano ai pazienti di poter esprimere le

proprie emozioni, sentendosi tutti allo stesso livello e consentendo un maggiore coinvolgimento nel processo di guarigione; ma anche sentimenti come apertura, integrità e onestà, fiducia e sicurezza sono ritenuti essenziali per un mantenimento longevo e produttivo nel trattamento. Infatti, mostrare un interesse aperto e sincero nei confronti delle loro difficoltà, consentiva una maggiore collaborazione e proseguimento nel processo sanitario.

Nel secondo elemento, invece, viene spiegata l'importanza della "persona al centro", cioè la capacità degli infermieri di separare la diagnosi di un paziente da loro come individui, dando priorità non solo agli aspetti fisici della malattia, ma anche a quelli psicologici, in modo da trovare un equilibrio tra questi. Nel terzo tema gli atteggiamenti degli infermieri assumono un ruolo definitivo, in quanto vengono ritenuti come modelli per quanto riguarda la definizione di norme, responsabilità e struttura nella vita del paziente. Devono quindi assumere comportamenti di motivazione, speranza, mantenimento della struttura, responsabilità e normalità, presenza e disponibilità. Infine, nell'ultimo tema emerge la conoscenza, questa è essenziale per la comprensione della malattia, in quanto una buona e adeguata formazione consentono di gestire e identificare le strategie più consone nel supporto ai pazienti e all'identificazione, comprensione e gestione dei propri sentimenti.

3.2.8 Holyoake D. D. (1998) – PAT: Advanced nursing interventions for eating disorders. *British Journal of Nursing.*

In questo documento come intervento infermieristico per il disturbo alimentare, viene introdotto il PAT ovvero "Passive Activity Time" un nuovo metodo audace e propositivo nell'aiutare i pazienti a superare il loro disturbo. Se prima la pratica infermieristica era dominata da un modello biomedico che dirigeva una procedura prestabilita di cura per tutti i pazienti, concentrandosi principalmente sul ripristino del peso, tramite il riposo a letto per tutti i pazienti che erano sottopeso e un regime dietetico rigoroso; PAT invece, è stato il risultato di un cambiamento nella pratica infermieristica verso una filosofia di cura più olistica. Il ruolo di questo progetto viene spiegato con uno schema ben definito che si mette a confronto con quello utilizzato negli anni precedenti. PAT promuove un modello circolare, cioè il paziente adolescente è posizionato in centro e attorno un unico cerchio che comprende il mondo esterno in cui l'infermiere deve cercare di tenere a portata di mano del paziente; non

vengono presi in considerazione compiti o barriere promosse dai “vecchi infermieri” per testare il giovane sul recupero del peso e del suo stato fisico; viene preso in considerazione il conflitto interno di cui sono protagonisti, cercando di renderlo partecipe al processo di guarigione, attraverso supporto e auto-responsabilità. I punti chiave quindi di PAT sono:

- un intervento infermieristico completo e rifocalizzato che mira alla valutazione, pianificazione e attuazione dell’assistenza
- incoraggiamento degli infermieri nel trattare i pazienti come individuo, come esempio è illustrato il riposo a letto solo per pazienti in cui la salute fisica lo richiede, e non stabilito per tutti
- assistenza in cui prende in considerazione il dominio fisiologico, psicologico, emotivo e sociale
- pianificazione e negoziazione delle cure con il consenso del paziente, promuovendo apertura e onestà
- apertura in quanto i pazienti, a differenza dei trattamenti precedenti, sono informati del loro peso e di quanto guadagnano
- dimostrare fiducia e rispetto al fine di promuovere attività indipendenti della vita quotidiana, senza ricompense, ma solo periodi negoziati con arte e terapie creative.

3.2.9 Corral-Liria I., Alonso-Maza M., González-Luis J., Fernández-Pascual S., Becerro-de-Bengoa-Vallejo R., & Losa-Iglesias M. (2022) – Holistic nursing for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study based on patients and nursing professionals’ experience. *Perspectives in Psychiatric Care*.

In questo studio vengono analizzati i pazienti con disturbo alimentare, e le opinioni con le esperienze dei professionisti sanitari relative al processo di cura. Inizialmente vi è un focus del paziente dal quale emergono tre punti: il primo consiste nel ritenere l’aiuto degli infermieri inaspettato in quanto vengono visti sia come nemici e/o ostacolo, ma anche come salvatori responsabili dell’intero intervento. Questo accade perché i pazienti nella prima fase non sanno in maniera chiara di cosa necessitano o se hanno bisogno di aiuto, controllo, ascolto, sollievo o cambiamento. È grazie agli infermieri che riescono

a dare un nome a quello che sentono, scoprendo così le loro carenze, grazie ad interventi concentrati non solo sull'aspetto nutrizionale, ma anche su direzionate alle dinamiche familiari, gli studi, le occupazioni, le relazioni e il tempo libero. Inoltre, l'infermiere deve essere in grado di scoprire le origini e indagare più a fondo per trovare le vere cause/fattori del disturbo alimentare considerando: la personalità precedente al disturbo del paziente, valutare come prende le decisioni, come vive le emozioni e il suo comportamento che consentono appunto di comprendere il suo passato. Quello che emerge da questo studio sono pazienti solitamente con bassa autostima, con vissuti di situazioni difficili e stressanti come abusi, separazione dei genitori, lutti, bullismo con una società molto influente nella loro vita. A proposito di questo, infatti, l'elemento che ostacola il processo di guarigione è la mancanza di controllo e come vi sia ancora ascolto a false credenze, in cui lo stereotipo di bellezza è sinonimo di magrezza. Il paziente deve essere pronto a combattere le avversità con l'aiuto dell'infermiere, fino ad arrivare a farlo autonomamente. Viene poi indicato il punto di vista dell'infermiere il quale ritiene che questa patologia richieda un grande sforzo e soprattutto preparazione in quanto, i pazienti che ne soffrono risultano difficili da gestire specialmente nelle loro crisi. Pertanto, viene richiesta un'elevata comprensione, empatia, determinazione, vicinanza e coinvolgimento per gli obiettivi da raggiungere. È importante, dunque, una formazione obbligatoria per comprendere al meglio le necessità del paziente e per applicare cure olistiche più fornite e dettagliate.

3.2.10 Grossniklaus D. C. (1980) - “Interventi infermieristici nell'Anoressia nervosa” *Perspectives in Psychiatric Care*

In questo studio emerge il ruolo chiave dell'infermiere nella gestione dell'anoressia nervosa. In primo luogo, in questi pazienti viene associato al loro disturbo la presenza di ansia, la quale è descritta di quattro tipi: lieve caratterizzata da una maggiore consapevolezza di attività e interazioni nell'ambiente circostante; moderata, indicata da tensione muscolare e concentrazione su uno specifico problema mentre altri stimoli sono bloccati; grave, in cui l'attenzione è data rigorosamente ai dettagli; e ansia a livello di panico, caratterizzata da percepire un dettaglio specifico che viene ingrandito sproporzionato. Il primo passo dell'infermiere consiste nel ridurre il livello di ansia attraverso un loro coinvolgimento in attività artigianali come pittura, lavorazione

ceramica, lavorazione legno e cuoio, giardinaggio e ricamo. Ma anche le tecniche di rilassamento per diminuire la tensione muscolare e prevenire l'affaticamento, sono ben accette (flettere gli arti e sostenerli, permettendo alla mente di vagare liberamente, spostando il centro di attenzione lontano da loro stessi). Altro punto fondamentale è quello di alleviare l'ansia associata ai sensi di colpa dopo aver assunto cibo, per raggiungere questo obiettivo l'infermiere propone altre attività come la tessitura, lavorazione di argilla e macramè. In questo studio viene poi illustrato un processo infermieristico più preciso, in sette fasi, per i pazienti con anoressia nervosa particolarmente ansiosi:

- 1) Quando l'infermiere riconosce che il paziente sembra ansioso, si cerca di fargli riconoscere le proprie emozioni di ansia o di colpa.
- 2) Dopo che il paziente ha identificato le emozioni associate all'ansia, l'infermiere e l'utente possono esplorare quali meccanismi sono stati usati per far fronte e valutarne l'efficacia.
- 3) Il rapporto tra il paziente pensieri, sentimenti e azioni risultanti possono quindi essere chiarite.
- 4) Devono essere formulate alternative allo stile attuale di coping dovrebbe essere formulato.
- 5) Dovrebbero essere fornite opportunità per il paziente di praticare queste alternative, illustrando le misure sono più efficaci.
- 6) L'efficacia di ogni risposta può essere misurata in base alla riduzione dell'ansia.
- 7) Il paziente è ora pronto per integrare metodi efficaci per affrontare l'ansia e il senso di colpa nei suoi schemi di coping. In questo modo accresce l'autostima.

Inoltre, vengono proposti interventi mirati alla famiglia, la quale si vede colpita in maniera indiretta, ma nella maggior parte dei casi risulta responsabile del disturbo della figlia. Dunque, vengono insegnati metodi di maggiore comprensione nella comunicazione con i figli, focalizzandosi sulle loro emozioni, i quali tendono a

sopprimere. Deve essere illustrata anche una forte coalizione tra la madre e il padre, i quali devono cercare di sostenersi a vicenda e affidandosi l'uno con l'altro, senza avere rapporti di conflitto che può risentirne l'intera famiglia. A questo proposito viene esaltato anche il ruolo dei fratelli e sorelle che possono mostrarsi sofferenti e arrabbiati per la situazione, e vengono invitati a creare un dialogo anche con gli infermieri. Infine, la paziente deve essere incoraggiata ad esprimere al meglio la propria sessualità, accettando i cambiamenti fisiologici e fisici che si verificheranno una volta recuperato il peso corporeo, tra questi il ritorno del ciclo mestruale.

3.2.11 King S. J., Turner de S. (2000) – Caring for adolescent females with anorexia nervosa: Registered nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing*.

Questo studio fenomenologico ha l'obiettivo di esplorare in profondità le esperienze degli infermieri che si prendono cura di adolescenti femmine anoressiche all'interno dei reparti pediatrici degli ospedali generali di Victoria, in Australia. Per questo studio è stato impiegato un progetto qualitativo sostenuto dalla filosofia di Edmund Husserl. Esaltano sei temi di significato: i valori fondamentali personali degli infermieri; valori fondamentali contestati; turbamento emotivo; frustrazione; punti di svolta e risoluzione. Questi temi, nel loro insieme, descrivono l'essenza del viaggio intrapreso dalle infermiere che si prendevano cura delle femmine adolescenti anoressiche. Prendersi cura di questa tipologia di pazienti, per le infermiere, era diventata una sfida, scoprivano man mano che i loro pazienti era ingannevoli e non veritieri, esprimendo nei loro confronti increduli per i loro comportamenti. Allo stesso tempo però, si mostravano malcontenti per non essere fedeli ai loro valori fondamentali, come il non giudicare che diventava sempre più difficile, l'empatia, la comprensione, l'uguaglianza. Quando arrivavano al punto in cui le cure che erogavano erano di bassa qualità e poco efficaci, si rendevano conto di sbagliare approccio e facevano dei passi indietro, osservando la situazione in maniera più oggettiva. Il sentimento di fallimento e di perdita della fede è stato il punto più basso della disperazione nell'esperienza di prendersi cura delle ragazze. Questa immagine di sé negativa li ha spinti a cambiare la loro attenzione e reindirizzare i loro sforzi per comprendere la realtà della difficile situazione delle anoressiche, diventando il perno per alterare gli atteggiamenti e costruire risoluzioni che hanno permesso loro di prendersi cura dei loro pazienti. L'ingenuità e la mancanza di conoscenza mostrate da questi infermieri nella cura dei

pazienti anoressici è alquanto sorprendente, spiegata dal non possedere titoli di studio formali in salute mentale o infermieristica psichiatrica, né esprimevano consapevolezza dei costrutti teorici alla base della cura dei pazienti anoressici. I risultati di questo studio, dunque, hanno indicato che è necessaria un'ampia preparazione degli infermieri, un supporto continuo e lo sviluppo di programmi educativi per consentire loro di prendersi cura di questi pazienti con una maggiore comprensione.

CAPITOLO 4.

4.1 DISCUSSIONE DEI RISULTATI DEGLI ARTICOLI SELEZIONATI

Dalla revisione dei documenti scientifici scelti, emerge come la relazione terapeutica (Snell et al., 2010) sia un punto cardine nell'assistenza infermieristica in pazienti con Disturbo del Comportamento Alimentare. Essendo una patologia complessa in cui chi ne soffre mostra atteggiamenti iniziali di non consapevolezza, rifiuto e angoscia, è necessario che gli infermieri riescano a fronteggiarlo nel massimo delle loro competenze. Gli elementi essenziali che vengono esposti dagli articoli scientifici per un'alleanza terapeutica adeguata ed efficace possono essere racchiusi in tre aspetti: supporto, normalità e responsabilità. (van Ommen et al., 2009). Nel primo gli infermieri hanno il compito di sostenere i pazienti, mostrandosi empatici, disponibili all'ascolto, non giudicanti, con atteggiamenti di uguaglianza, onestà, trasparenza. In questo modo i pazienti si sentono accolti, nonostante l'iniziale titubanza e avversione, permettendo una maggiore collaborazione nel trattamento del loro disturbo. Ci dev'essere un ruolo di monitoraggio, oltre che di supporto, in cui vengono supervisionati tutti quegli aspetti critici dei pazienti come: la loro difficile regolazione delle emozioni, controllo quotidiano della parte clinica (ECG, parametri vitali), la loro percezione di autonomia e senso di controllo e infine il livello di gravità della sopravvalutazione della forma fisica e del peso. (Jennings, 2017). Hanno il ruolo di spiegare e renderli consapevoli della loro patologia, attuando strategie per gestire l'elevato stress del paziente in questa sfida, mantenendo sempre una posizione di riferimento e di fiducia nella quale possono confortarsi e confrontarsi. Un'altra mansione di supporto si verifica durante i pasti, momento cruciale per i pazienti, in cui l'infermiere deve sostenere, facendo notare tutti quegli atteggiamenti anormali che richiedono un ripristino e mostrando loro degli schemi alimentari corretti. Tra questi ad esempio: cercare di non sminuzzare il cibo, assumere cibi in quantità troppo piccole o disperderlo "accidentalmente" per terra. Inoltre, deve esserci supporto anche nell'esercizio fisico, che come evidenziato è un altro aspetto invalidante in cui il paziente utilizza come arma per mantenere il controllo del suo fisico, bruciando il doppio delle calorie ingerite. (Beukers et al., 2015). Un altro aspetto importante che si correla al momento dell'assunzione del cibo è il verificarsi di un sentimento comune

alla maggior parte dei pazienti: l'ansia e il senso di colpa. Per questo motivo in uno studio vengono esplicitate delle tecniche che l'infermiere deve attuare insieme al paziente in modo da risolvere le sensazioni che egli prova, tra queste: il coinvolgimento in attività artigianali come pittura, lavorazione ceramica, lavorazione legno e cuoio, giardinaggio e ricamo. Ma anche le tecniche di rilassamento per diminuire la tensione muscolare e prevenire l'affaticamento, focalizzate ad esempio nella respirazione e nel controllo fisico. (Grossniklaus M. D., 1980) Inoltre, l'operatore sanitario deve cercare di illustrare tutte quelle attività fisiche svolte in maniera compulsiva ed errate, supportandolo in mansioni più adeguate e corrette, normalizzando il concetto secondo il quale l'esercizio deve avere come obiettivo il divertimento e lo svago. Il supporto è mirato oltre ai pazienti affetti da disturbo alimentare, anche ai genitori e alla famiglia. Infatti, dagli studi emerge come in certi casi la figura genitoriale e il clima familiare sia responsabile della formazione del disturbo del proprio figlio (oltre a fattori più ampi come bullismo, lutti importanti, società) ed è necessario che gli venga dato sostegno. (Grossniklaus M. D., 1980) Per questo è necessario spiegare loro tutti gli aspetti fondamentali del disturbo alimentare, di quello che si nasconde dietro di esso, quali conseguenze porta a livello fisico e psicologico in modo da avere chiaro cosa e come attuare gli interventi. L'infermiere deve illustrare anche l'importanza dell'ascolto reciproco tra le due figure genitoriali, senza mostrare conflitti, ma anzi collaborazione e sostegno, insegnando suggerimenti da applicare nei momenti più difficili: il pasto. In aggiunta, saper dare supporto a livello emozionale è stato dimostrato molto efficace, in quanto i pazienti molto spesso manifestano sentimenti di sofferenza, rabbia, delusione, rifiuto e disagio in cui mostrano il loro lato fragile, debole e di rassegnazione. In questi casi l'infermiere deve intervenire mostrando sostegno empatico attraverso frasi motivazionali, ascolto e comprensione. (Beukers et al., 2015)

Il secondo aspetto riguarda la normalizzazione che è stata accennata in precedenza. Da questo punto di vista l'infermiere svolge un ruolo essenziale, in quanto per i pazienti con disturbo alimentare tornare alla normalità significa perdere il controllo di sé stessi. È essenziale che vengano illustrati tutti quegli atteggiamenti normali da assumere durante il pasto ma anche negli esercizi fisici. Per quest'ultimo spesso i pazienti li svolgono assiduamente come sedersi e mantenere in tensione gli addominali con le

gambe allungate, camminare velocemente nei corridoi dei reparti. Tutti comportamenti sbagliati, mirati al dimagrimento e al bruciare più calorie possibili in vista del pasto. Dunque, l'infermiere ha il compito di normalizzare l'attività fisica, spiegando l'importanza di essa e i suoi reali obiettivi e di quanto sia importante per rilassarsi ed eliminare le tensioni accumulate. (Foà et al., 2019).

Nell'ultimo aspetto emerso è la responsabilità. Nella maggior parte dei casi nel percorso di riabilitazione e terapeutico dei pazienti con disturbo alimentare, il paziente arriva in una fase in cui riesce ad acquisire fiducia in sé stesso, dove l'autostima inizia ad accrescere e la consapevolezza del proprio disturbo aumenta. In questo caso, l'infermiere ha il ruolo di cedere in loro una grande responsabilità, passando ad avere un compito direzionale e focalizzato ad uno di supervisione e controllo; in quanto dopo aver dato a disposizione tutti quegli strumenti presenti ed attuato gli interventi richiesti per fronteggiare il loro disturbo, è fondamentale che giunti a questo momento inizino a saper gestire le loro paure e difficoltà. Il paziente deve quindi cercare di riprendere la vita sociale, esplorando quelle realtà mai viste, saper assumere quegli atteggiamenti "normali" insegnatogli, provando ad affrontare i pasti autonomamente ed attuando esercizi fisici con l'intento di svagarsi, senza prenderlo troppo sul serio. L'infermiere però deve garantire continuo supporto nei momenti di difficoltà o in situazioni di crisi che richiedono un intervento professionale. Questo passo da parte degli infermieri è stato valutato in maniera positiva, con effetti incoraggianti ed efficaci, dove i pazienti sono riusciti a portare a termine. (Bakker et al., 2011).

Inoltre, due temi fondamentali nell'approccio terapeutico è considerare il paziente al centro e nella seconda la conoscenza della patologia. A proposito del primo, si è vista l'importanza di valutare il paziente non solo per la sua patologia, indagando esclusivamente su di essa; bensì, mantenere il focus sul paziente e sul suo disturbo. In questo modo è possibile andare oltre gli aspetti pratici e fisici della patologia e analizzare gli aspetti psicologici e circostanti che la caratterizzano. (Corral-Liria et al., 2022). È importante che venga presa in considerazione una visione più olistica della condizione del paziente, che miri ad una valutazione, pianificazione e attuazione più completa dell'assistenza infermieristica; cercando di negoziare le cure, promuovendo un atteggiamento di apertura e onestà. (Holyoake & Jenkins, 1998). Oltre a ciò, la conoscenza viene ritenuta essenziale per poter erogare interventi adeguati. Infatti, da

questo punto di vista vi sono due estremi: in uno gli infermieri con una preparazione e formazione estremamente dettagliata e studiata che consente di attuare tutte quelle tecniche e interventi corretti, riuscendo a far fronte ai momenti critici in cui i pazienti si dimostrano difficili da gestire. (Salzmann-Erikson & Dahlén, 2017). Nell'altro invece, emerge come gli infermieri senza una conoscenza approfondita del disturbo alimentare, approccia ai pazienti in maniera più restia, scontrosa, giudicante, ignorando le loro reali necessità, senza ottenere risultati efficaci nel trattamento di cura. Pertanto, viene sollecitata una costante ricerca e formazione che consenta ogni giorno di più un passo in avanti nel processo di guarigione. (King & Turner, 2000).

4.2 CONCLUSIONI

Nella letteratura si può evincere come la figura professionale dell'infermiere sia molto importante nel processo di cura essendo tra le più vicine al paziente. Emerge come il suo ruolo sia completo, comprendendo interventi tecnici e clinici dedicati al recupero del peso, allo stato fisico e nutrizionale; ma allo stesso tempo attua tecniche più intime, personali, in cui il paziente viene posto al centro e analizzando tutti quegli elementi che possono influire nel suo disturbo, come stato psicologico, famiglia, mondo esterno, amici.

Un aspetto critico che viene esaminato in alcuni studi è come l'infermiere risulti con una preparazione e conoscenza nel disturbo alimentare e nella sua gestione, poco sviluppata. Questo ha permesso di dedurre il suo intervento non così efficace, ma anzi risultando più scontroso, creando una barriera tra lui e il paziente.

L'alleanza terapeutica, dunque, risulta come miglior arma per fronteggiare tale disturbo, richiedendo una grande formazione e determinazione da parte del personale sanitario, e altrettanta audacia dal paziente. Ma non basta, in quanto anche la famiglia assume un ruolo fondamentale, la quale deve saper mettersi in gioco, comprendere cosa si nasconde dietro la patologia del proprio/a figlio/a e attuare tutti quegli interventi utili suggeriti dall'infermiere.

Infine, un aspetto che non viene illustrato nella ricerca, è la prevenzione. Non sono stati trovati articoli a riguardo, in quanto il disturbo alimentare ha preso il sopravvento negli ultimi anni, e non sono ancora stati inseriti dei protocolli o dei programmi che

comprendano la prevenzione di questi. Essendo un disturbo che non ha una sola causa, ma anzi vi è la presenza di altri fattori predisponenti (biologici, genetici, socioculturali, psicologici), è necessario ridurre quelli modificabili, cercando ad esempio di educare, sensibilizzare ed informare quelle pressioni socioculturali che spingono alla magrezza fino a comportamenti alimentari troppo rigidi.

BIBLIOGRAFIA

- 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 Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*
- Beadle, J. N., Paradiso, S., Salerno, A., & McCormick, L. M. (2013). Alexithymia, emotional empathy, and self-regulation in anorexia nervosa. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 25(2), 107.
- Beukers L., Berends, T., de Man-van Ginkel, J. M., van Elburg, A. A., & van Meijel, B. (2015). Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions: Eating Behaviour in Anorexia Nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 519–526.
- Beumont, P. J. (2002). Clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 2, 162-170.
- Clark D. J. (2003). *Defining Nursing. Royal College of Nursing*. Londra
- Corral-Liria, I., Alonso-Maza, M., González-Luis, J., Fernández-Pascual, S., Becerro-de-Bengoa-Vallejo, R., & Losa-Iglesias, M. (2022). Holistic nursing care for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study based on patients and nursing professionals' experience. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(2), 840–849.
- Cuzzolaro M. (2014). *Anoressie e bulimie*. Il Mulino. Bologna
- Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (Eds.). (2005). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Guilford Press.

- Foà, C., Bertuol, M., Deiana, L., Rossi, S., Sarli, L., & Artioli, G. (2019). The Case/Care Manager in Eating Disorders: The nurse's role and responsibilities. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, 90(11-S), 17–28.
- Garner D.M (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341.
- 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*, 26(5), 899-908.
- Grossniklaus, D. M. (1980). Nursing interventions in anorexia nervosa. *Perspectives in Psychiatric Care*, 18(1), 11-16 (3.2.10)
- Holyoake, D.-D., & Jenkins, M. (1998). PAT: Advanced nursing interventions for eating disorders. *British Journal of Nursing*, 7(10), 596–600.
- International Council of Nurses. (2020) *Guidelines on Advanced practice nursing. Place Jean Marteau 1201 Geneva, Switzerland*
- Jennings, K. M. (2017). The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals with Anorexia Nervosa. *Advances in Nursing Science*, 40(4), 370–383.
- King, S. J., & Turner, de S. (2000). Caring for adolescent females with anorexia nervosa: Registered nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 139–147.
- Ministero della Salute (2017). *Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute.*
- Ministero della Salute (2013). *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute.*
- Salzmann-Erikson, M., & Dahlén, J. (2017). Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *Journal of Child and Family Studies*, 26(1), 1–13.
- Snell, L., Crowe, M., & Jordan, J. (2010). Maintaining a therapeutic connection: Nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3–4), 351–358.
- van Ommen, J., Meerwijk, E. L., Kars, M., van Elburg, A., & van Meijel, B. (2009).

Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: The patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), 2801–2808.

Youngblut, J. M., & Brooten, D. (2001). Evidence-based nursing practice: why is it important? *AACN Advanced Critical Care*, 12(4), 468-476.