

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

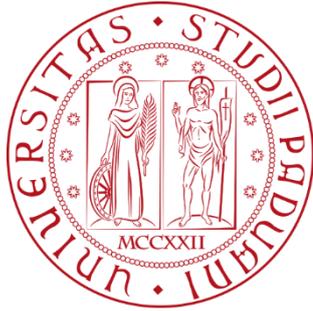
**INTERVENTI INFERMIERISTICI
NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE:
RICERCA E REVISIONE DELLA LETTERATURA**

*Nursing Interventions in Eating Disorders:
a Research and a Review of the Literature*

Relatore: Prof. Spanio Daniele

Laureanda: Pjanic Sara
(matricola n.: 1228408)

Anno Accademico 2021-2022



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**INTERVENTI INFERMIERISTICI
NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE:
RICERCA E REVISIONE DELLA LETTERATURA**

*Nursing Interventions in Eating Disorders:
a Research and a Review of the Literature*

Relatore: Prof. Spanio Daniele

Laureanda: Pjanic Sara
(matricola n.: 1228408)

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

Background - I disturbi del comportamento alimentare riguardano un sempre maggior numero di individui, soprattutto quelli più vulnerabili all'influenza sociale. In aderenza a parametri e morfologie corporali idealizzate, che potrebbero venir meno a seguito di presunti regimi alimentari inadeguati, vengono attuate condotte compensatorie ed eliminatorie, quali il vomito autoindotto, l'uso di lassativi e l'eccessivo esercizio fisico, che vengono tenute nascoste, come il disturbo alimentare stesso, per il senso di vergogna e per il timore di essere giudicati. Eventi traumatici e di cambiamento vissuti nel passato possono influire notevolmente nello sviluppo del disturbo del comportamento alimentare e, quindi, per poter attuare interventi di supporto utili al fine di instaurare un'alleanza terapeutica, è fondamentale verificare l'esistenza di tali elementi, come anche la percezione che la persona ha di sé, nonché i suoi livelli di autostima.

Scopo - Lo scopo della presente revisione di letteratura è quello di indagare gli interventi utili al fine di migliorare l'adesione dell'assistito al trattamento, promuovendo l'alleanza terapeutica tra assistito ed infermiere e dando risalto anche al ruolo dei caregivers.

Materiali e metodi - È stata condotta una revisione della letteratura sulle banche dati di bibliografia medica Pubmed e Cinahl, attraverso l'utilizzo di diverse stringhe di ricerca, combinando con gli operatori booleani AND e OR le parole chiave. La ricerca ha riguardato materiale presente in "Full text" e pubblicato tra il 2008 ed il 2023. La definizione di criteri di inclusione e di esclusione ha permesso la selezione di 23 articoli.

Risultati - Un ambiente in cui vengono favorite la privacy e l'ascolto attivo può incentivare la condivisione, da parte del paziente, di sensazioni, volontà e dubbi riguardo il disturbo ed il trattamento stesso. È necessario anche che l'infermiere, oltre a mostrarsi empatico ed essere motivante, si mostri fermo

nelle decisioni e che monitori costantemente il paziente, soprattutto in concomitanza con i pasti, controllando che non vengano attuate condotte eliminatorie. Il tutto fino a quando l'assistito non si dimostra capace di prendere decisioni responsabili relativamente al suo regime alimentare. I disturbi del comportamento alimentare implicano una tendenza, da parte di chi ne soffre, a sottovalutarne o negarne l'esistenza, pertanto è auspicabile che l'infermiere educi l'assistito e i caregivers in riferimento alle modalità di presentazione di tali disturbi e sui comportamenti caratteristici che vengono attuati da chi ne è afflitto. I famigliari possono fornire un prezioso aiuto nell'identificazione di abitudini alterate del congiunto e, sia durante il ricovero sia dopo la dimissione, anche un ruolo di supporto per quest'ultimo.

Conclusioni - Gli studi individuati evidenziano come un'assistenza personalizzata può incentivare l'instaurazione dell'alleanza terapeutica tra professionista e paziente ma, per rendere quest'ultimo consapevole ed accrescere la sua responsabilità in riferimento alla tematica dell'alimentazione, è importante che venga coinvolto negli incontri di discussione e condivisione degli obiettivi di trattamento di lungo e breve termine. Attraverso l'educazione sanitaria l'assistito può essere messo nelle condizioni di migliorare il proprio autocontrollo, prevedendo quelle situazioni che potrebbero indurlo ad adoperare le condotte compensatorie. Il coinvolgimento dei caregivers, l'utilizzo dell'ascolto attivo e l'infondere motivazione promuovono, anch'essi, l'alleanza terapeutica.

Key words: *feeding and eating disorders; eating disorders; disordered eating; anorexia nervosa; bulimia nervosa; binge eating disorder; nursing; nursing interventions*

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 3
CAPITOLO 1 - PROBLEMA, SCOPO, QUESITO DI RICERCA	pag. 7
1.1 Problema	pag. 7
1.2 Scopo	pag. 7
1.3 Quesito di ricerca	pag. 7
CAPITOLO 2 - REVISIONE DELLA LETTERATURA	pag. 9
2.1 Materiali e metodi	pag. 9
2.1.1 <i>Parole chiave</i>	pag. 11
2.2 Descrizione dei Disturbi del Comportamento Alimentare	pag. 11
2.2.1 <i>Anoressia Nervosa</i>	pag. 12
2.2.2 <i>Bulimia Nervosa</i>	pag. 13
2.2.3 <i>Binge Eating Disorder</i>	pag. 13
2.2.4 <i>Disturbo Alimentare Evitante o Restrittivo</i>	pag. 14
2.2.5 <i>Pica</i>	pag. 15
2.2.6 <i>Ruminazione</i>	pag. 15
2.3 Epidemiologia dei Disturbi del Comportamento Alimentare	pag. 16
2.4 Risultati	pag. 16
2.4.1 <i>Fattori favorenti l'alleanza terapeutica</i>	pag. 17
2.4.2 <i>Il setting di cura</i>	pag. 19
2.4.3 <i>Il coinvolgimento dei caregivers</i>	pag. 19
2.4.4 <i>La sorveglianza durante i pasti</i>	pag. 21
CAPITOLO 3 - DISCUSSIONE	pag. 25
3.1 Limiti dello studio	pag. 27
3.2 Significatività per la professione	pag. 28
CAPITOLO 4 - CONCLUSIONI	pag. 29
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	
ALLEGATI	
Allegato 1 - Descrizione degli articoli selezionati	

INTRODUZIONE

Il 15 marzo si celebra, ogni anno, la giornata del Fiocco Lilla in Italia, una giornata dedicata alla volontà di sensibilizzare e far riflettere su quei disturbi silenti, tenuti nascosti, che sempre più si sviluppano negli individui giovani e più vulnerabili.

Nella società consumistica in cui viviamo, le pubblicità, i mass media e le persone influenti creano quelli che possono essere definiti stereotipi del successo personale. Viene così portata avanti l'idea del corpo perfetto, privo delle cosiddette "imperfezioni", quali, ammesso che lo siano, smagliature o "chili in più", reali o presunti che siano (1). L'ambiente esterno assume in tal senso una grande importanza, perché il modo con cui gli altri vedono una persona ne condiziona l'autostima. Un corpo può venire esaltato e definito "di successo" se richiama determinate forme fisiche o rispetta certi parametri di peso; non deve dunque stupire lo sviluppo di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), caratterizzati da un'alterazione del comportamento alimentare e della percezione che la persona ha di sé, con l'attenzione eccessivamente rivolta verso l'immagine corporea, il peso e, dunque, l'alimentazione. La scelta di assumere determinati alimenti, può generare uno stato d'ansia nella persona, portandola ad agire con comportamenti compensatori o eliminatori, quali per esempio l'autoinduzione del vomito e l'uso di lassativi, attuati successivamente a condotte alimentari restrittive o alle abbuffate (2).

Alcune volte i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione si presentano in associazione con altri disturbi psichici quali i disturbi dell'ansia, dell'umore e i disturbi ossessivo-compulsivi, mentre altre volte queste patologie rappresentano i possibili fattori scatenanti dei DCA stessi. L'eccessivo perfezionismo ed il controllo sono parte integrante di queste problematiche: i sensi di colpa (1, 3) insinuano nel paziente pensieri debilitanti, paure invalidanti e non logiche che generano un perenne stato di ansia che si accompagna alla depressione, con la manifestazione di intense preoccupazioni riguardanti non solo il presente, ma soprattutto la vita futura.

Allo sviluppo dei DCA contribuiscono notevolmente gli eventi stressanti e traumatici del passato (1, 3, 4), ma un ruolo chiave è recitato dalla quotidianità che tali persone vivono, una quotidianità in cui grande importanza viene rivestita dalla società e dalla famiglia (5, 6).

Il presente elaborato, sviluppato nell'ambito psichiatrico riguardante i DCA, nasce dalla volontà di indagare gli interventi infermieristici assistenziali ed educativi utili all'instaurazione di una relazione terapeutica con il paziente. L'interesse nasce dopo un'esperienza di tirocinio svolta in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e in un Centro di Salute Mentale (CSM) dove sono stati osservati gli interventi attuati nei confronti di ragazze adolescenti e giovani adulte con diagnosi di Bulimia Nervosa (BN), Anoressia Nervosa (AN) e Binge Eating Disorder (BED), disturbi che interessano soprattutto le donne, ma che possono in ogni caso svilupparsi in qualsiasi genere e a qualsiasi età (3). In reparto è stato possibile osservare gli atteggiamenti assunti dalle pazienti: venivano alternati periodi di alimentazione incontrollata ad altri caratterizzati da abbuffate o da digiuno totale, come nel caso del BED, o venivano agite condotte compensatorie o eliminatorie, come nel caso dell'AN e della BN. Un grande disagio era rappresentato dalla bilancia e dalla necessità di pesarsi quotidianamente, il tutto associato all'alterazione della visione che i pazienti hanno della propria immagine corporea, la cui distorsione è il risultato della ricezione dei messaggi inadeguati che vengono spesso lanciati dai social e mass media.

Inoltre, la persona con DCA tende a sottovalutare la gravità del suo disturbo o, addirittura, a negarne l'esistenza; è solita tenere segreti quegli atteggiamenti attuati d'impulso, come il mangiare una grande quantità di cibo in poco tempo, per poi, eventualmente, decidere di attuare quella serie di condotte compensatorie o eliminatorie con lo scopo di "autopunirsi" per quei comportamenti di cui si vergogna (3, 7). Spesso, a notare la repentina riduzione del peso ed il distorto comportamento alimentare risultano essere proprio le persone a questa più vicine, soprattutto i familiari, che ricoprono così un ruolo importante nella scoperta del disturbo, nella richiesta d'aiuto professionale e nel supporto all'individuo. La famiglia può rappresentare anche

una preziosa fonte di informazioni relative alla storia personale del paziente che lo stesso tende a tenere nascoste (5, 6).

Un elemento su cui porre l'attenzione è il rischio di suicidio nelle persone con AN. Questa patologia, oltre ad essere quella maggiormente diagnosticata, è anche quella con il più alto tasso di mortalità tra tutte le patologie psichiatriche, esclusa la dipendenza da oppioidi, sia per via delle conseguenze che possono verificarsi successivamente alla malnutrizione sia per la scelta dell'individuo di porre fine alla propria vita (3).

È fondamentale il modo in cui viene sostenuto ed accompagnato il paziente stesso durante la permanenza in un contesto di cura, sia che si tratti di ricovero ospedaliero che di degenza in un centro specializzato per DCA. La figura che ricopre un ruolo di primaria importanza dal punto di vista assistenziale è quella infermieristica, la quale risulta fondamentale anche nel rapporto di intermediazione con il resto dell'equipe formata da psichiatri, nutrizionisti, dietisti e psicologi.

Per quanto sopra, è stata condotta una revisione della letteratura, analizzando le principali banche dati mediche e scientifiche, ponendo l'attenzione in particolare sulle modalità con cui l'infermiere può intervenire per migliorare l'adesione terapeutica al trattamento del paziente, instaurando con questo un'efficace alleanza terapeutica. Inoltre, considerata l'importanza dell'ambiente in cui una persona sviluppa la propria identità, la famiglia ed i caregivers rappresentano una fonte di informazioni e di supporto fondamentale, pertanto l'indagine ha riguardato anche gli interventi relativi allo sviluppo della consapevolezza della patologia o del disturbo di cui è affetto il loro caro e delle necessarie competenze assistenziali.

CAPITOLO 1

PROBLEMA, SCOPO, QUESITO DI RICERCA

1.1 Problema

Il paziente con DCA si caratterizza per alterate condotte attuate nei riguardi dell'alimentazione, molte volte conseguenti ad inadeguate elaborazioni di eventi traumatici vissuti nel passato oppure alla volontà di cercare di aumentare i propri livelli di autostima. È comune il senso di vergogna per tali agiti e, di conseguenza, la negazione del disturbo stesso.

Il percorso che il professionista deve intraprendere per cercare di instaurare un'alleanza terapeutica non è privo di ostacoli, proprio per la negazione, da parte del paziente, della presenza del disturbo oppure per la sua scarsa aderenza al percorso di cura conseguente al timore e all'ansia di aumentare il peso corporeo o di dover modificare le proprie abitudini di vita e, di conseguenza, alterare quel senso di "sollievo" e comfort che determinate condotte possono conferirgli.

1.2 Scopo

L'obiettivo della presente revisione consiste nel ricercare gli interventi infermieristici, disponibili in letteratura, attuati nei confronti dei pazienti con Disturbo del Comportamento Alimentare, utili al fine di migliorare l'adesione del paziente al trattamento del DCA stesso attraverso l'instaurazione di un'alleanza terapeutica tra professionista ed assistito, coinvolgendo anche i caregivers.

1.3 Quesito di ricerca

Il quesito di ricerca che ha suggerito l'indagine è il seguente:
"Quali sono gli interventi infermieristici che, quando attuati nei riguardi delle persone con DCA, migliorano l'adesione del paziente al trattamento favorendo l'alleanza terapeutica con l'infermiere?"

Per la formulazione del quesito di ricerca è stato utilizzato il modello "PIO" (Paziente/Popolazione/Problema da indagare, Interventi, Outcomes/risultati), come descritto di seguito:

P: Pazienti con Disturbo del Comportamento Alimentare

I: Interventi infermieristici attuati

O: Miglioramento dell'aderenza al trattamento attraverso lo sviluppo di un'alleanza terapeutica con l'infermiere

CAPITOLO 2

REVISIONE DELLA LETTERATURA

2.1 Materiali e metodi

La ricerca, finalizzata alla revisione di letteratura, è stata condotta su diverse banche dati bibliografiche dedicate alla letteratura scientifica: Pubmed, Cinahl ed UpToDate (in quest'ultima non sono stati trovati risultati pertinenti al quesito di ricerca). Sull'Advanced Search di Pubmed, sono stati utilizzati termini MeSH combinati con gli operatori booleani AND e OR. Tali elementi di coesione sono stati utilizzati anche per combinare le parole chiave su Cinahl. I filtri utilizzati sono stati: anno di pubblicazione compreso tra 2008 e 2023, formato degli articoli "Full text", popolazione (sesso femminile e maschile, dall'età infantile all'età adulta, ricoverati sia in cliniche specializzate al trattamento dei DCA che in reparti ospedalieri).

Sono stati inclusi 22 articoli in lingua inglese e 1 in lingua portoghese.

Le fasi di selezione degli articoli hanno previsto, inizialmente, la lettura dei titoli con la relativa esclusione di quelli apparentemente non rispondenti ai criteri di inclusione e all'obiettivo della revisione. Successivamente, è stata prevista la lettura degli abstract, utilizzando gli stessi criteri di esclusione previsti nella fase precedente. Infine, sono stati analizzati approfonditamente gli articoli rimanenti. Sono sempre stati esclusi gli articoli e gli studi che non fossero pertinenti ai criteri di inclusione ed all'obiettivo prefissato. Un esempio quelli nei quali i risultati degli studi venivano correlati non solo ai DCA, ma anche ad altre patologie concomitanti per il campione individuato, come quelli caratterizzati da una correlazione con altri disturbi e/o patologie psichiatriche, con malattie croniche degenerative, quali la demenza, oppure riguardanti problematiche di allattamento in neomadri con una storia di Disturbo del Comportamento Alimentare, oppure in relazione a pazienti aventi diagnosi di tumore o assistiti con cure palliative.

La descrizione schematica degli articoli selezionati per la revisione è rappresentata in Allegato 1 (Allegato 1 – Descrizione degli articoli selezionati), mentre di seguito sono riprodotti, in Fig. 1 (Figura 1 – Modalità di selezione degli articoli), il diagramma di flusso che illustra il procedimento nella selezione

degli articoli e, in Fig. 2 (Figura 2 – Stringhe di ricerca), le stringhe di ricerca utilizzate, col relativo numero di articoli inclusi nella revisione:

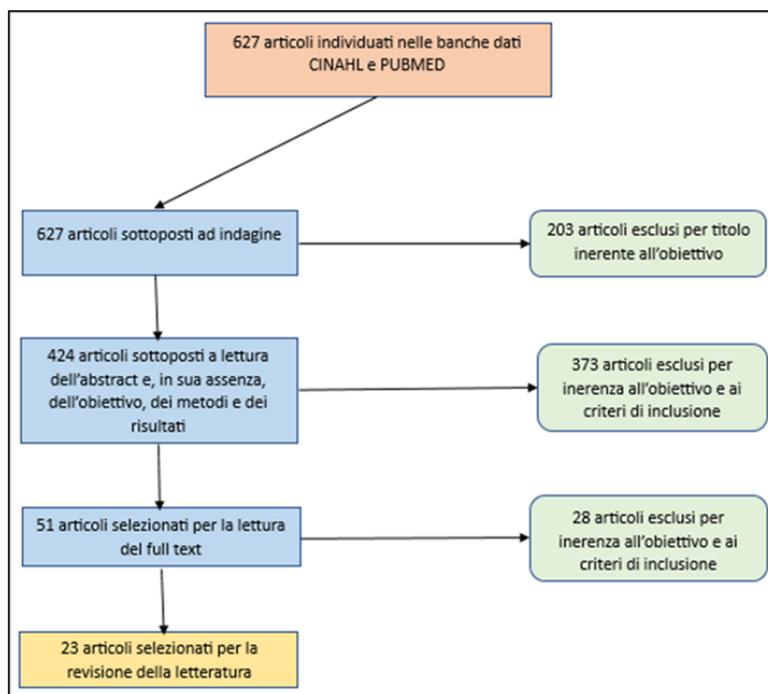


Figura 1. Modalità di selezione degli articoli.

DATABASE	STRINGA DI RICERCA	FILTRI	RISULTATI	ARTICOLI ESCLUSI	ARTICOLI INCLUSI
PUBMED	"Feeding and eating disorders"[MeSH] AND "Nursing"[MeSH]	2008-2013 Full text	74	70	4
PUBMED	"Binge eating disorder"[MeSH] AND "Nursing"[MeSH]	2008-2013 Full text	3	2	1
PUBMED	"Anorexia nervosa"[MeSH] AND "Nursing"[MeSH]	2008-2013 Full text	19	16	3
PUBMED	"Bulimia nervosa"[MeSH] AND "Nursing"[MeSH]	2008-2013 Full text	0	0	0
CINAHL	"Eating disorders" AND "Nursing interventions"	2008-2013 Full text	15	14	1
CINAHL	"Eating disorders" AND "Nursing care"	2008-2013 Full text	49	47	2
CINAHL	Eating disorders AND Nursing	2008-2013 Full text	297	292	5
CINAHL	("Eating disorders OR Anorexia OR Bulimia") AND "Nursing" AND ("Inpatient OR Hospitalized")	2008-2013 Full text	14	13	1
CINAHL	"Bulimia nervosa" AND "Nursing"	2008-2013 Full text	35	33	2
CINAHL	"Anorexia nervosa" AND "Nursing"	2008-2013 Full text	121	117	4

Figura 2. Stringhe di ricerca.

2.1.1 Parole chiave

Le parole chiave individuate sono state combinate con gli operatori booleani AND e OR.

Per PUBMED, le parole chiave utilizzate sono state:

- feeding and eating disorders
- anorexia nervosa
- bulimia nervosa
- binge eating disorder
- nursing/nurses

Per CINAHL le parole chiave utilizzate sono state:

- eating disorders
- disordered eating
- bulimia nervosa/bulimia
- binge eating disorder
- anorexia nervosa/anorexia
- nursing
- nursing interventions
- nursing care

2.2 Descrizione dei Disturbi del Comportamento Alimentare

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono patologie psichiatriche complesse che condizionano lo stato di benessere psichico, cognitivo, emotivo e sociale di chi ne soffre, determinando, in quasi tutti i casi, bassi livelli di autostima.

Secondo l'ultima edizione del 2013 de *"Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5)"*, le categorie principali dei DCA sono: Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge-Eating Disorder (BED), Disturbo Alimentare Evitante o Restrittivo, Ruminazione e Pica. In particolare, la Pica e la Ruminazione si possono sviluppare soprattutto nell'infanzia (6).

2.2.1 Anoressia Nervosa

L'AN è caratterizzata da una riduzione del peso corporeo che arriva ad essere "significativamente basso", con l'indice di massa corporea (in inglese, BMI, cioè Body Mass Index), ossia un valore biometrico definito dalla formula massa corporea (Kg) / statura (m²), inferiore a 18.5, il tutto dovuto soprattutto ad un ferreo controllo quotidiano sulla dieta (3, 8). Vi è, difatti, un'alterazione della visione della propria immagine corporea, con una forte preoccupazione per un eventuale aumento di peso. Viene pertanto attuata una restrizione dietetica, un'eccessiva attività fisica e comportamenti compensatori ed eliminatori, tali da favorire una riduzione dell'introito calorico assunto nell'organismo (8).

Dunque, non è un fatto raro che vi sia la presenza di un disturbo ossessivo-compulsivo, spesso riguardante il controllo dell'introito calorico introdotto e, più in generale, di tutto ciò che riguarda gli aspetti dell'alimentazione e dell'immagine corporea, oltre che di un perenne stato di ansia e agitazione riguardante l'intenso timore di *ingrassare* (3).

Tipici sintomi sono le irregolarità mestruali o amenorrea, o la continua percezione di freddo con estremità del corpo pallide a causa dell'inadeguata circolazione del sangue. Inoltre, possono venire riscontrate condizioni di bradicardia, aritmia o di riduzione della pressione arteriosa. Frequente è la presenza di peli sottili e fragili su tutto il corpo, a volte anche con la presenza di calvizie, di xerosi cutanea (cute secca), di unghie fragili e di problemi ematologici. Il ritmo sonno-veglia subisce modifiche, andando a sviluppare disturbi del sonno: è usuale la presenza di un alto grado di stanchezza, con cefalea e vertigini. La massa magra viene ridotta e, spesso, chi presenta l'AN va incontro a osteopenia e osteoporosi e ad un'alterazione della crescita. Possono insorgere anche problematiche del tratto gastro-intestinale, con complicazioni nella digestione, costipazione e stipsi (1).

2.2.2 Bulimia Nervosa

La BN è caratterizzata da comportamenti connessi all'alimentazione che alternano una diminuzione eccessiva della quantità di calorie introdotte ad abbuffate (binge eating) di alimenti fortemente calorici (3).

A causa del binge eating, vengono poi assunti comportamenti eliminatori e compensatori, come il digiuno, l'autoinduzione del vomito, l'utilizzo dei lassativi, i quali, per poter effettuare la diagnosi di BN, devono essere attuati una volta alla settimana per tre mesi di tempo (6). Questo comportamento può essere visto come un meccanismo di coping che la persona mette in atto per creare una resistenza all'ansia, anche se in parte può dipendere dalla fame e dallo stress.

Durante le abbuffate, vi è una perdita di controllo dell'introito calorico e alimentare introdotto. Tutti gli alimenti vengono assunti in un arco temporale ristretto ed in modo rapido, nonostante comunque la sensazione di "stomaco pieno", generando poi malessere e nausea. Tali condotte provocano negli individui sensi di colpa e vergogna, al punto tale che tengono segreto il proprio disturbo (3, 7).

Viene così ad instaurarsi un circolo vizioso: la bassa autostima va a comportare un eccessivo timore per le proprie forme del corpo e per l'alimentazione, andando a restringere la dieta e la quantità di calorie introdotte. Quando uno di questi "criteri" viene a mancare, soprattutto per l'impossibilità di mantenere l'intensa limitazione dietetica, viene innescata l'abbuffata con ciò che precedentemente era stato negato, con conseguente sviluppo del sentimento della vergogna e, quindi, attuazione delle condotte eliminatorie (3, 9).

2.2.3 Binge Eating Disorder

Il Binge Eating Disorder o Disturbo da Alimentazione Incontrollata include frequenti episodi di abbuffate dove viene consumata una grande quantità di cibo e calorie introdotte in un breve arco di tempo. Di nuovo, le persone sperimentano una perdita di controllo durante l'abbuffata e,

solitamente, questa viene pianificata precedentemente, con alimenti scelti appositamente (3, 6).

Come nel caso della BN, gli episodi di binge eating vengono tenuti segreti proprio per i sensi di colpa e vergogna che le persone provano riguardo al loro comportamento (3) e, per diagnosticare il BED, è necessario che queste modalità di assunzione dei cibi vengano attuate almeno una volta alla settimana per tre mesi (6). Inoltre, non vengono abitualmente messe in atto le condotte compensatorie o eliminatorie nei confronti degli alimenti assunti. Invece, può accadere che, con lo scopo di regolare il proprio peso, vengano alternate fasi di abbuffate a fasi in cui si diminuisce notevolmente l'alimentazione (3).

Contrariamente all'AN ed alla BN, il BED è diffuso, senza importanti differenze, in tutti i generi e gli studi mostrano come la probabilità di svilupparlo, nel corso della propria esistenza, corrisponda a 1 su 30-50 (10).

2.2.4 Disturbo Alimentare Evitante o Restrittivo

Tipico dell'età evolutiva, ma in parte dell'età adulta, è il disturbo alimentare evitante o restrittivo. Questo disturbo è caratterizzato da una accurata selezione dei cibi, limitata a pochi alimenti e sempre uguali, dalla paura di soffocare e da episodi di vomito successivi all'assunzione di alimenti e dalla fobia di cibi nuovi e mai provati precedentemente (3, 11).

All'inizio, tale disturbo può apparire simile al rifiuto, tipico dell'infanzia, di nutrirsi di alimenti con aspetto, odori e consistenze particolari (11). Inoltre, un altro segno della patologia può essere rappresentato da una mancanza di appetito e di disinteresse nei riguardi dell'alimentazione. Frequente è il mancato raggiungimento del fabbisogno giornaliero calorico e di nutrienti, in associazione ad un importante calo ponderale oppure, durante l'infanzia e l'adolescenza, l'incompleto sviluppo corporeo e ponderale. Inoltre, può accadere che si instauri una dipendenza dalla nutrizione enterale o dagli integratori alimentari con lo scopo di mantenere un sufficiente apporto nutrizionale e che il funzionamento sociale venga compromesso, per esempio evitando occasioni conviviali in cui si consumano alimenti con famiglia, parenti,

amici, conoscenti. Infine, è necessario che il disturbo non si caratterizzi dall'alterazione della propria immagine corporea e dalla distorsione della percezione del peso corporeo (6).

2.2.5 Pica

Il disturbo alimentare Pica consiste nell'ingerimento abituale di "cibo", per almeno un mese, senza che questo abbia valore nutritivo e contribuisca alla crescita (infatti, tale disturbo non riguarda i bambini più piccoli di due anni in quanto il portare oggetti alla bocca è parte integrante dello sviluppo stesso) e senza che sia parte del contesto culturale di appartenenza (6).

I materiali ingeriti sono diversi in base all'età ed alla disponibilità, in un determinato luogo: può trattarsi di carta, sassolini, gesso, sporcizia, argilla, sapone, metallo, vernice o peli (12). Il tutto può essere causa di potenziali ostruzioni intestinali e nocività, come avvelenamento e/o infestamento di parassiti e un possibile criterio diagnostico è costituito dall'esame ematochimico, effettuato allo scopo di rilevare livelli tossici di piombo, o l'esame delle feci, richiesto per indagare la presenza di parassiti.

Un importante possibile trattamento, dunque, è la modificazione comportamentale, attuata con lo scopo di reindirizzare il paziente verso l'assunzione di alimenti nutritivi, di reintegrare lo stato nutritivo e, ovviamente, di cercare la risoluzione delle problematiche createsi successivamente all'ingerimento di materiali non alimentari (6).

2.2.6 Ruminazione

Il disturbo da ruminazione esiste quando, da almeno un mese, vi è un rigurgito reiterato dopo i pasti e, di seguito, la rimasticazione del cibo, che viene nuovamente ingoiato oppure espulso all'esterno (3, 6). I pazienti non presentano nausea o conati di vomito e tale disturbo può essere volontario o involontario (7). È possibile che si sviluppi in età neonatale, infantile, adolescenziale o adulta e non dipende da altri disturbi psichiatrici o gastrointestinali.

È una condotta che le persone stesse tendono a tenere segreta e, pertanto, quando la persona si trova in compagnia e/o in pubblico, cerca di mascherarlo, riducendo o annullando il proprio introito alimentare prima di un evento sociale. Ne derivano il possibile calo ponderale e le insufficienze nutritive (3).

2.3 Epidemiologia dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Sempre di più i DCA rappresentano un problema di rilevanza mondiale. Il loro sviluppo, al giorno d'oggi, è sempre più in crescita nel mondo, tanto che si stima che il 5% della popolazione globale ne sia colpita. Essi riguardano soprattutto persone in età adolescenziale e persone giovani adulte, le quali hanno, in particolare, tra i 12 ed i 35 anni (3).

Stando ai dati aggiornati al 2022, il 5% della popolazione italiana, ossia tra 3.5 e 4 milioni di persone, soffrirebbe di DCA. Tra gli individui affetti, il 70% sarebbero adolescenti (13), a prova del fatto che standard di bellezza ideali tossici colpiscono maggiormente persone appartenenti ad una fascia di età vulnerabile, ossia quella del periodo della pubertà e dei cambiamenti ormonali che stimolano a loro volta cambiamenti nel corpo. Può essere inoltre considerata allarmante la crescita del numero di persone in età preadolescenziale ed infantile che ne risulta affetta: il 30% degli individui che riscontrano la diagnosi hanno un'età inferiore ai 14 anni (14, 15). Infine, è stato messo in evidenza come, rispetto al 2019, vi sia stato un aumento dei DCA del 40%. Anche una maggiore presenza nel sesso maschile è stata riscontrata: appartengono al 10% delle persone nella fascia tra i 12 ed i 17 anni d'età.

2.4 Risultati

La letteratura disponibile evidenzia come quella dell'infermiere sia una figura di rilevanza fondamentale nel trattamento del Disturbo del Comportamento Alimentare. Da sola, però, non costituisce garanzia di aderenza al trattamento terapeutico: è necessario adottare un approccio olistico alla persona caratterizzato, in primis, da un lavoro interdisciplinare tra le varie professioni (16), in cui l'infermiere funga da principale figura

intermediaria tra assistito e l'equipe di specialisti (17) e, inoltre, risulta fondamentale incentivare momenti di gruppo e l'interazione tra famiglia e caregivers e paziente stesso (16).

Questo tipo di approccio ha anche lo scopo di accrescere la salute ed il benessere psicofisico dell'assistito (18), stimolandolo a partecipare ad attività che possano suscitare interesse in lui (19), creando un'assistenza centrata su di lui e personalizzata, con gli obiettivi di meglio capire la sua condizione, di cercare di migliorare la visione che ha della sua immagine corporea, di sconfiggere il suo senso di inadeguatezza, di aumentare la sua autostima ed instaurare in lui l'empowerment (18, 19, 20).

2.4.1 Fattori favorevoli l'alleanza terapeutica

Fondamentali sono tutti quegli interventi che, venendo attuati sul piano emotivo, familiare e sociale, riescono a portare ad uno sviluppo dell'alleanza terapeutica tra infermiere e paziente.

Una migliore alleanza terapeutica è stata evidenziata grazie alla capacità di saper intuire sia i punti di forza dell'assistito che le difficoltà a cui va incontro (21) ed alla comprensione e al riconoscimento, da parte degli infermieri, dell'ansia sviluppata nel contesto di cura (17, 20). Ciò può essere riconosciuto dai segni e sintomi del disturbo oppure da ciò che viene comunicato dal paziente.

Una strategia consiste nell'identificare, assieme all'assistito, obiettivi giornalieri da rispettare per diminuire l'ansia, dovuta soprattutto alla sovrapproduzione scaturita dalla bilancia e dal controllo dei parametri vitali (22). Fondamentale infatti è discutere di paure e far riconoscere allo stesso timori irrazionali e non salutari che compromettono il suo benessere psicofisico (20). Infatti, la ricerca dell'ascolto attivo e di una figura professionale di cui si possano fidare e con cui possano confidarsi è proprio ciò che gli assistiti stessi ricercano (16) e ciò può comportare una partecipazione attiva dei pazienti al processo di cura.

Essendo che "il tempo di relazione è tempo di cura", ogni scelta, interazione e azione attuata dall'infermiere deve saper essere motivata. Ciò

può servire a creare un legame tra professionista ed assistito, un legame che possa portare quest'ultimo ad aumentare la propria speranza verso il futuro e, di conseguenza, diminuire la sua soggettiva sensazione di "essere un peso" (22). Tutto ciò potrebbe diminuire il rischio di suicidio al quale sono soggette soprattutto le persone con anoressia nervosa (22, 23), intervenendo, oltre che sulla rimozione di elementi pericolosi e possibilmente utilizzabili per l'autolesione, anche sull'autocontrollo del paziente (20, 22)). Viene così evidenziato come il confronto e il favorire l'espressione delle sensazioni del paziente, possa creare un ambiente favorevole anche alla confessione di ideazioni suicide (20), rendendo consapevole l'infermiere e l'intera equipe del rischio a cui va incontro il paziente.

L'ascolto attivo e l'essere presente da parte del professionista comportano che il paziente esponga le proprie paure, dubbi e verità (24) che spesso, come già evidenziato precedentemente, sono viste dall'assistito come alcuni degli elementi più stressanti e traumatici da condividere con una persona (18).

Nonostante vi possa essere una manipolazione degli infermieri, gli assistiti stessi rimarcano come abbiano bisogno che la figura infermieristica si mostri ferma e decisa, oltre che accogliente e gentile, proprio per salvaguardare l'assistenza dall'interferenza manipolatoria che si può instaurare nella relazione terapeutica (24, 25). L'assistito stesso ricerca approvazione ed accettazione da parte delle figure professionali che lavorano con lui e, in particolare, può accadere per esempio che, con lo scopo di mostrare un incremento del peso corporeo, prima della solita misurazione giornaliera, il paziente adotti strategie per non "deludere" le aspettative dei professionisti, come il bere l'acqua dal gabinetto (23).

Una strategia adottata dai professionisti consiste nel discutere in modo aperto delle abitudini alimentari dei pazienti. Ciò porta a vivere il disturbo come meno intimo, oltre a una diminuzione del sentimento di vergogna (26, 27), con lo scopo di rendere l'assistito meno isolato emotivamente e più propenso ad una comunicazione attiva col personale infermieristico (20, 28). Senz'altro un grande aiuto può essere rappresentato dalla scelta dell'infermiere, nel caso in

cui lo ritenga opportuno, di condividere alcune esperienze di vita significative e d'aiuto per il paziente, così da creare una relazione equa. Tale fatto viene apprezzato dagli assistiti che vengono in tal modo maggiormente motivati alla creazione di un'alleanza terapeutica (29, 30).

2.4.2 Il setting di cura

Anche il contesto nel quale vengono prestate cure ed assistenza costituisce una variabile che può compromettere o favorire l'instaurarsi di una efficace alleanza terapeutica. Dagli studi analizzati si evidenzia come un confortante e motivante luogo di ricovero possa accrescere la fiducia nei confronti delle figure professionali, diminuendo il rischio di creare imbarazzo o discriminazione verso il particolare disturbo del comportamento alimentare.

Il setting assistenziale può essere costruito in modo tale che possa essere effettuata un'efficace sorveglianza verso quei comportamenti che i pazienti con DCA attuano, sia durante il momento dei pasti che nei momenti precedenti e/o successivi. Tale setting caratterizzato da poca privacy può far sentire il paziente può esposto e vulnerabile e ciò può condurre ad una scelta di non condivisione di informazioni fondamentali con l'infermiere (25, 30). Quest'ultimo deve, pertanto, saper riconoscere la vulnerabilità del paziente in tale contesto per poter poi creare un setting più motivazionale, così che il paziente possa sentirsi maggiormente sicuro (21, 22), cercando anche di fornire quella "normalità" nello stesso ambiente di cura, con l'obiettivo di accrescere la confidenzialità dell'assistito soprattutto verso la figura infermieristica, ma anche verso l'intera l'equipe di professionisti (25).

2.4.3 Il coinvolgimento dei caregivers

L'ascolto attivo, acritico, nei confronti della persona con DCA è l'elemento che può portare la famiglia ad avere un riconoscimento del proprio ruolo di supporto al paziente, visto che l'infermiere ha come obiettivo anche quello di informare ed educare adeguatamente i famigliari e caregivers.

Il coinvolgimento della famiglia è utile innanzitutto per poter avere un quadro più completo della storia del paziente (16), pertanto può essere utile

sia organizzare incontri di gruppo con la famiglia che incontri singoli, anche senza la presenza dell'assistito (31).

L'infermiere, infatti, dovrebbe indagare la presenza di possibili eventi stressanti nella vita dell'assistito anche tramite domande dirette fondamentali e non essere timoroso di porle (32). Tali domande possono riguardare l'aver affrontato, in passato, lutti, trasferimenti, cambiamenti nei propri ruoli e nelle relazioni interpersonali o, per esempio, momenti di cambiamento durante la vita scolastica (20, 33). Oltre a ciò può essere utile indagare una possibile natura disfunzionale della famiglia di appartenenza del paziente, identificando se ci sia un controllo eccessivo sui propri figli, un'assenza di interazione con uno o entrambi i genitori oppure una storia di violenza o abusi domestici (16).

Si è visto, inoltre, come sia fondamentale coinvolgere la famiglia nella relazione terapeutica, tramite la loro presenza durante i pasti, soprattutto nei contesti di cliniche specializzate nel trattamento del DCA, educandoli per esempio anche sul tempo che il paziente dovrebbe impiegare per mangiare e sul corretto modo di alimentarsi (28). Il miglioramento della comunicazione tra paziente e famigliari ed uno sviluppo dell'autogestione del disturbo sono alcune delle modifiche apportate al contesto di cura dal coinvolgimento dei caregivers (34, 35), grazie anche alla loro partecipazione, in presenza dell'assistito stesso, a colloqui in cui l'infermiere porta alla luce l'andamento e gli sviluppi che il paziente ha attuato e continua ad attuare nei confronti del DCA (28).

L'infermiere ha il compito di mantenere una comunicazione efficace con la famiglia, incoraggiando la partecipazione attiva di quest'ultima nel processo assistenziale (20), spiegando le sensazioni del paziente ed il significato del disturbo, informando su quali siano gli scopi del trattamento, stimolando domande da parte dei caregivers, la condivisione di sensazioni riguardo al trattamento e/o al disturbo, la loro partecipazione stessa, con lo scopo di aumentare le loro capacità e abilità di far fronte alle problematiche e alle situazioni che si sviluppano relativamente al disturbo stesso (34, 36), così che sappiano, di conseguenza, fornire un adeguato supporto una volta che il paziente ritorna a casa propria (28, 34).

Dunque, un intervento fondamentale da attuare riguarda il coinvolgimento della rete di supporto formata dai caregivers. Essi, per poter rappresentare una motivazione e supporto aggiuntivo per il paziente, devono anche essere adeguatamente educati rispetto ai DCA, alle loro manifestazioni in termini di caratteristiche principali sviluppate dai pazienti, ai loro comportamenti assunti e alle complicazioni che possono implicare (34). Inoltre, vi è il bisogno di condividere, sempre con loro, gli obiettivi a lungo e breve termine (36).

In questo processo risultano fondamentali anche le amicizie, nel tentativo di creare una rete sociale robusta che possa portare il paziente ad avere un cambiamento dei propri atteggiamenti associati al DCA.

2.4.4 La sorveglianza durante i pasti

Nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare il paziente tende spesso a negarne l'esistenza e, pertanto, a non accettare il trattamento e a sfuggire ai tentativi di instaurare un'efficace relazione terapeutica da parte degli operatori sanitari.

Cercare di inserire i pazienti in specifici protocolli in cui i pasti vengono supervisionati può fare in modo che si realizzino gli obiettivi assistenziali dell'assunzione completa dei pasti e, di conseguenza, dell'aumento del peso corporeo (19, 37). Tutto ciò comporterebbe anche un minore tempo di permanenza del paziente nel luogo di cura (37).

Gli infermieri, sin dall'ammissione del paziente nel luogo di cura, attuano un monitoraggio del paziente, sia in termini di peso corporeo e parametri biometrici ma anche in termini di modalità e durata dell'alimentazione e dei comportamenti assunti relativi alla nutrizione (19, 31), con particolare attenzione anche ai possibili atteggiamenti compensatori o eliminatori. Inoltre, a partire dalla fase iniziale, l'infermiere dovrebbe condividere il piano assistenziale individualizzato con il paziente per creare un ambiente ed attività tali che possano motivare l'assistito ogni giorno (20, 27).

È necessario che l'infermiere agisca in modo insistente e deciso, prendendo in prima persona le decisioni per il paziente (28) e controllando

ogni minimo dettaglio dell'atteggiamento di quest'ultimo, ripetendogli costantemente le istruzioni durante l'intero pasto assistito (38), seguite dal razionale (28, 38). In particolare, per l'AN, le indicazioni possono riguardare la distanza dal tavolo alla quale sedersi, come preparare nuovi bocconi di cibo mentre ancora si stanno masticando quelli precedenti ed anche discutere ed informare di tutti quei comportamenti lesivi che il DCA può portare ad attuare e che bisogna evitare, quale per esempio lo spezzettamento minuscolo degli alimenti da introdurre, così che possa diminuire l'introito nutrizionale (38).

Parlare in modo chiaro e sincero delle proprie paure correlate anche al momento del pasto è fondamentale per l'alleanza terapeutica, per il lavoro dell'infermiere e per come, poi, ciò potrebbe andare a creare un ambiente confidenziale e, successivamente, motivante (28).

L'infermiere può scegliere di riconsegnare, gradualmente, la responsabilità al paziente stesso, non appena viene riguadagnato un peso corporeo sufficiente e l'atteggiamento associato all'alimentazione viene migliorato. Il professionista non si siederà più al tavolo con l'assistito, ma, a debita distanza, ne supervisionerà l'operato. Infine, una volta appurate le responsabili scelte alimentari della persona, verrà restituita l'indipendenza decisionale al paziente (27, 28).

Anche l'attività fisica, facendo parte di quelle condotte compensatorie proprie dell'AN e BN può essere, successivamente, reintrodotta progressivamente, ma solo se attuata in modo salutare e non intenso. Un esempio può essere la scelta degli infermieri di accompagnare gli assistiti in una passeggiata a passo normale oppure l'impiego di attività di gruppo che possano educare il paziente ad esercitarsi in maniera efficace e salutare (28).

L'esperienza condivisa può essere una fonte d'aiuto per i pazienti che sperimentano per la prima volta un'assistenza di questo tipo. Come riportano alcuni studi, un altro intervento attuabile dagli infermieri è quello di creare momenti di incontro tra i nuovi assistiti e coloro i quali hanno già superato i momenti iniziali più difficili, incoraggiando questi ultimi a condividere la loro esperienza, il loro impegno nel cercare di superare quelle paure che li

bloccano, così da far capire come sia effettivamente possibile superare le prime fasi dell'assistenza individualizzata (27, 28, 38).

CAPITOLO 3

DISCUSSIONE

La revisione di letteratura presentata ha previsto l'analisi di studi che riportavano le esperienze degli infermieri, degli assistiti e delle famiglie riguardo ai DCA, studi dai quali è emerso come sia fondamentale individualizzare l'approccio all'utente, creando un'assistenza centrata sul paziente e coinvolgendo diverse figure professionali.

I disturbi dell'alimentazione e della nutrizione riguardano un sempre più consistente numero di persone, soprattutto preadolescenti, adolescenti e giovani adulti, ossia quelle persone ritenute più vulnerabili in quanto soggette, a quelle età, ad alterazioni ormonali che provocano, di conseguenza, altrettante alterazioni a livello corporeo (13, 14, 15).

I comportamenti alimentari alterati possono riguardare la restrizione eccessiva dell'introito calorico e l'alternanza di periodi di digiuno a periodi di abbuffate. Sia per l'AN sia per la BN, vengono adottate condotte di eliminazione e/o compensazione, come il vomito, l'uso di lassativi e l'eccessivo esercizio fisico, tali da fare in modo che le calorie assunte vengano eliminate, perché risultano eccessive agli occhi del paziente o perché la quantità di cibo ingerita risulta troppo abbondante in un arco temporale ristretto (8). Oltre ai comportamenti alimentari sopra citati, anche altre "abitudini nutrizionali" possono provocare un senso di vergogna nell'assistito come, ad esempio, rigurgitare il cibo per poi ingoiarlo nuovamente o sputarlo, oppure ingerire sostanze non alimentari, prive di fonte di nutrimento. Tutti i DCA possono così alterare anche il rapporto che la persona ha con la società, gli amici e/o i familiari. Difatti, spesso vengono evitati i momenti conviviali nei quali si mangia assieme.

Eventi stressanti del passato che abbiano provocato un trauma alla persona possono essere ritenuti fattori scatenanti il disturbo. Pertanto, un grande ruolo viene ricoperto dalla famiglia. Questa può essere utile ai fini della rilevazione dei dati relativi alla storia del paziente e, quindi, dell'individuazione di possibili lutti, separazioni, comportamenti o trasferimenti accaduti nel

passato che hanno, poi, segnato la vita dell'assistito (16, 20, 33). Le famiglie potrebbero inoltre, tramite l'educazione ed una corretta informazione da parte dei professionisti adeguatamente competenti, prevenire i disturbi stessi attraverso un corretto approccio nei confronti del parente particolarmente vulnerabile dal punto di vista dell'alimentazione, facendo attenzione anche a quegli eventi particolarmente stressanti che potrebbero, ad un certo punto, innescare i DCA.

L'ascolto attivo, oltre ad essere una qualità che molti pazienti ricercano nell'infermiere, può portare al riconoscimento delle motivazioni che spingono il paziente ad assumere determinati comportamenti. Egli può infatti mostrare fiducia nel professionista e, dunque, "aprirsi", attraverso la confessione delle proprie emozioni e timori (16, 28). L'infermiere deve saper mostrare come si tratti quasi sempre di timori irrazionali, come quelli riguardanti l'aumento dei chili ed il fatto di "ingrassare" e, di conseguenza, al momento dei pasti, di paure dovute all'ideale del corpo perfetto dipinto dai mass media e dalla società occidentale (24). Da queste preoccupazioni derivano le ossessioni del paziente che focalizza eccessivamente la sua attenzione sulla propria immagine corporea che, non corrispondendo al proprio ideale, arriva a stravolgere anche la percezione di sé. L'autostima diminuisce e possono essere messi in atto meccanismi di coping consistenti in quelle condotte compensatorie o eliminatorie che, per il soggetto affetto da DCA, riescono nell'intento di aumentarne i livelli, almeno per un breve periodo di tempo.

Ma la relazione terapeutica si instaura solo se risulta adeguato il setting assistenziale. Il paziente, se non adeguatamente rassicurato e accolto in un luogo adatto alla condivisione delle proprie sensazioni, può chiudersi ulteriormente in se stesso, proprio per il timore di essere giudicato da altre persone con cui non ha instaurato un rapporto di fiducia. Si deve quindi creare un luogo che permetta il rispetto della privacy, ossia in cui la persona possa sentirsi libera di parlare ed esprimere le proprie paure, convinzioni e volontà, senza essere sentito da persone terze (29,30). Il livello di fiducia può inoltre aumentare se anche il professionista, ritendendolo opportuno per il caso specifico, decide di condividere alcune esperienze di vita passate, così da

rendere il rapporto di maggiore equità e da far capire all'assistito che l'obiettivo è quello di aiutarlo a risolvere il problema che vive ogni giorno.

Risulta importante anche condividere gli obiettivi che si devono raggiungere, sia a breve sia a lungo termine. Il professionista deve sapersi mostrare fermo nelle proprie decisioni, ma, allo stesso tempo, gentile, pronto all'ascolto e comprensivo. Inizialmente, può accadere che la responsabilità del paziente venga trasferita all'infermiere, il quale inizia ad intraprendere decisioni per il paziente stesso con lo scopo, sempre, di far scaturire quell'alleanza terapeutica importante ai fini dell'adesione al trattamento stesso. Il paziente viene monitorato costantemente, sia durante i pasti che nei momenti antecedenti o successivi, con lo scopo di indagare le sue preoccupazioni e l'effettiva attuazione dei comportamenti compensatori (31, 37). Quando le abitudini alimentari migliorano ed il peso subisce un positivo incremento, si può decidere di riconsegnare gradualmente la responsabilità al paziente (28), osservandolo sempre di più da lontano, fino al momento in cui iniziano ad essere attuate scelte nutrizionali consapevoli e responsabili, rimanendo comunque pronti ad individuare possibili "ricadute" durante il percorso di cura, così da supportare nuovamente il potere decisionale del paziente.

È importante saper identificare gli interessi del paziente, i suoi punti di forza e i suoi dubbi, per poterlo motivare ulteriormente al raggiungimento degli obiettivi prefissati, attraverso l'adesione al trattamento (21, 28). Un incentivo da non sottovalutare è costituito dal coinvolgimento di pazienti che hanno avuto un simile vissuto con DCA e che possono dimostrare come sia possibile superare ciò che per gli altri, nel presente, risulta insormontabile, passando attraverso le stesse fasi del trattamento.

3.1 Limiti dello studio

Un limite importante del presente elaborato è rappresentato dall'evidenza che l'argomento in letteratura, almeno relativamente alla professione infermieristica, risulta poco trattato, ma anche che solo in alcuni degli articoli selezionati è stato possibile analizzare l'effetto degli interventi

attuati a distanza di tempo, nella vita del paziente. Non è stato possibile, infatti, verificare se, dopo i ricoveri ed i periodi di cura, ci siano state ricadute o se gli effetti dell'alleanza terapeutica abbiano avuto un impatto positivo a lungo termine.

Inoltre, in molti studi viene evidenziata l'esigenza di dover approfondire la questione in futuro, ampliando anche il campione di ricerca.

3.2 Significatività per la professione

Nonostante la maggior parte degli studi riguardi contesti esteri, la necessità di instaurare e consolidare l'alleanza terapeutica risulta trasversale a tutti i setting di cura.

Considerato il notevole incremento che caratterizza l'incidenza del disturbo negli ultimi anni, è fondamentale poter fornire un'assistenza basata sulle migliori pratiche disponibili e ciò può essere concretamente attuato ricercando in letteratura i diversi approcci e modalità con cui l'infermiere può instaurare un "legame terapeutico" con l'assistito. Nella realtà italiana, per esempio, garantendo l'adeguatezza dell'organico infermieristico, è possibile supervisionare adeguatamente i momenti dei pasti per valutare l'atteggiamento dell'assistito nei confronti degli alimenti, ascoltare le sue sensazioni e pensieri ed indagare l'eventuale attuazione di condotte compensatorie ed eliminatorie.

Inoltre, come emerge dalla presente revisione di letteratura, è quantomai fondamentale non trascurare il ruolo che viene rivestito dalla famiglia nel processo assistenziale.

CAPITOLO 4

CONCLUSIONI

La persona dev'essere vista nel suo insieme con una visione olistica che ne esalti la sua unicità, che permetta un approccio e un trattamento individuale anche quando vengono utilizzati protocolli, che si tratti di creare un setting di cura più motivazionale oppure di supervisionare i pasti.

In Italia, come nel mondo, le persone affette da DCA sono in aumento: nel 2022 raggiungono il 5% della popolazione, con un'alta percentuale di adolescenti e preadolescenti, età in cui è facile sperimentare un'alterazione dell'immagine di sé.

Le cause di questa visione distorta non sono ben definite, ma dalla letteratura risultano possibili correlazioni con elementi scatenanti, quali gli eventi traumatici passati, influenze sociali, i disturbi ossessivi-compulsivi, i disturbi d'ansia, la depressione e la tipologia di rete sociale a supporto della persona.

Coloro che soffrono di DCA, ma anche i loro caregivers, devono essere educati a riconoscere tempestivamente i segni e i sintomi del problema, i possibili fattori scatenanti ma anche quei comportamenti nutrizionali inadeguati, come le condotte eliminatorie, proprie di questa tipologia di disturbi. In questo modo si cercherà di rendere l'individuo autonomo, conferendogli quell'empowerment che gli permetterà di lavorare sull'accettazione e la consapevolezza degli stessi, migliorando il suo autocontrollo.

Il professionista e la famiglia non devono assumere un atteggiamento giudicante quanto piuttosto essere acritici e, soprattutto, devono essere in grado di motivare il paziente al cambiamento, infondendogli speranza riguardo alla vita futura. Porsi in ascolto attivo, scoprendo le preoccupazioni, i segreti e i dubbi della persona, sapendo comprendere e mostrare comprensione sono caratteristiche ed interventi grazie ai quali il paziente riesce a sentirsi protetto, avvolto in un'aura di sicurezza che lo fa aderire al trattamento grazie alla relazione di fiducia che riesce ad instaurare.

È fondamentale che tutti i professionisti della salute siano formati costantemente per metterli a conoscenza delle più recenti evidenze scientifiche; anche l'aggiornamento infermieristico, relativamente ai trattamenti dei DCA e ai possibili interventi da attuare, costituisce un elemento fondamentale che, più di altri, può favorire l'alleanza terapeutica ed un efficace interscambio di informazioni con tutti i membri dell'equipe multidisciplinare.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- (1) <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/a/anoressia-nervosa#diagnosi>
- (2) <https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?area=Salute%20donna&id=4470&menu=patologie>
- (3) <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>
- (4) <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/d/disturbo-da-alimentazione-incontrollata-dai>
- (5) <https://apc.it/anoressia/>
- (6) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR (TM)). Quinta edizione. Arlington. American Psychiatric Association Publishing. 2013.
- (7) <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-alimentazione/disturbo-di-ruminazione>
- (8) <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/a/anoressia-nervosa>
- (9) <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/b/bulimia-nervosa#sintomi>
- (10) <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/d/disturbo-da-alimentazioneincontrollata-dai>
- (11) <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell'alimentazione/disturbo-evitante-restrittivo-dell-assunzione-di-cibo>
- (12) <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell'alimentazione/pica>
- (13) <https://ourworldindata.org/grapher/share-with-an-eating-disorder?region=Europe>
- (14) https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5804
- (15) https://www.iss.it/primo-piano/-/asset_publisher/3f4a1MwzN1Z7/content/id/6778881

- (16)Corral-Liria I., Alonso-Maza M., González-Luis J., Fernández-Pascual S., Becerro-de-Bengoa-Vallejo R., Losa-Iglesias M. Holistic nursing care for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study based on patients and nursing professionals' experience. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2022;58(2):840-849.
doi: 10.1111/ppc.12858
- (17)Snell L., Crowe M., Jordan J. Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(3-4):351-8.
doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03000.x
- (18)Davies N. The role of the nurse in eating disorder recovery. *Independent Nurse*. 2017: 25-27.
- (19)Seah X. Y., Tham X. C. Management of bulimia nervosa: a case study with the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly*. 2015;28(2):136-41.
doi: 10.1177/0894318415571599
- (20)Wolfe B. E., Dunne J. P., Kells M. R. Nursing Care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder. *The Nursing Clinics of North America*. 2016;51(2):213-35.
doi: 10.1016/j.cnur.2016.01.006
- (21)Zugai J. S., Stein-Parbury J., Roche M. Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;74(2):443-453.
doi: 10.1111/jan.13410
- (22)Stavarski D. H., Alexander R. K., Ortiz S. N, Wasser T. Exploring nurses' and patients' perceptions of hope and hope-engendering nurse interventions in an eating disorder facility: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2019;26(1-2):29-38.
doi: 10.1111/jpm.12507

- (23)Carvalho Martins C. R., Vaccari Caccavo P. Nurses and clientele with anorexia and bulimia: a case study. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012;65(3):495-500.
doi: 10.1590/s0034-71672012000300015
- (24)Sly R., Morgan J. F., Mountford V. A., Sawyer F., Evans C., Hubert Lacey J. Rules of engagement: qualitative experiences of therapeutic alliance when receiving in-patient treatment for anorexia nervosa. *Eating disorders. The Journal of Treatment & Prevention*. 2014;22(3):233-43.
doi: 10.1080/10640266.2013.867742
- (25)Zugai J., Stein-Parbury J., Roche M. Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 2013 Jul;22(13-14):2020-9.
doi: 10.1111/jocn.12182
- (26)Ambrogne J. A. Assessment, Diagnosis, and Treatment of Binge Eating Disorder. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2017;55(8):32-38.
doi: 10.3928/02793695-20170627-01
- (27)Rørtveit K., Severinsson E. Leadership qualities when providing therapy for women who suffer from eating difficulties. *Journal of Nursing Management*. 2012;20(5):631-9.
doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01326.x
- (28)Bakker R., van Meijel B., Beukers L., van Ommen J., Meerwijk E., van Elburg A. Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective on effective interventions. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*. 2011;24(1):16-22.
doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00263.x
- (29)Salzmann-Erikson M., Dahlén J. Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *Journal of Child and Family Studies*. 2017;26(1):1-13.
doi: 10.1007/s10826-016-0534-2

- (30)Wright K. M., Hacking S. An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2012;19(2):107-15.
doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01760.x
- (31)Coombs A. Case study: Treating eating disorders in the community. *British Journal of School Nursing*. 2011;6(6):284-288.
<https://doi.org/10.12968/bjsn.2011.6.6.284>
- (32)Oakley T. J., Dey I., Discombe S., Fitzpatrick L., Paul S. P. Recognition and management of eating disorders in children and young people. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*: 1987). 2017 Oct 25;32(9):52-63.
doi: 10.7748/ns.2017.e10943
- (33)Berge J. M., Loth K., Hanson C., Croll-Lampert J., Neumark-Sztainer D. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(9-10):1355-63.
doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03762.x
- (34)Gísladóttir M., Svavarsdóttir E. K. Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011;18(2):122-30.
doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x
- (35)Berends T., van Meijel B., van Elburg A. The Anorexia Relapse Prevention Guidelines in practice: a case report. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2012;48(3):149-55.
doi: 10.1111/j.1744-6163.2011.00322.x
- (36)Sepulveda A. R., Lopez C., Todd G., Whitaker W., Treasure J. An examination of the impact of "the Maudsley eating disorder collaborative care skills workshops" on the well being of carers: a pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2008 Jul;43(7):584-91.
doi: 10.1007/s00127-008-0336-y

- (37)Kells M., Schubert-Bob P., Nagle K., Hitchko L., O'Neil K.,Forbes P., McCabe M. Meal Supervision During Medical Hospitalization for Eating Disorders. *Clinical Nursing Research*. 2017;26(4):525-537.
doi: 10.1177/1054773816637598
- (38)Beukers L, Berends T., de Man-van Ginkel J. M., van Elburg A. A., van Meijel B. Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. *International journal of mental health nursing*. 2015;24(6):519-26.
doi: 10.1111/inm.12150

ALLEGATI

Allegato 1 – Descrizione degli articoli selezionati.

ARTICOLI	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVO	CAMPIONE	INTERVENTI OGGETTO DI STUDIO	RISULTATI
<i>Holistic nursing care for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study based on patients and nursing professionals' experience</i>	Studio qualitativo	Analizzare l'alleanza terapeutica dalla prospettiva degli infermieri e da quella dei pazienti con DCA.	19 pazienti e 19 infermieri	Persona vista nel suo insieme. Focus sul piano nutrizionale, relazionale, psicologico, sociale, familiare.	Sviluppo di un'assistenza individualizzata.
<i>Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit</i>	Studio qualitativo	Analizzare l'esperienza degli infermieri nell'instaurazione della relazione terapeutica con i pazienti ricoverati in una clinica specializzata nei DCA.	7 infermieri	Comprensione dell'ansia dei pazienti sviluppata nel contesto di cura; utilizzo di protocolli e linee guida per incoraggiare l'aumento di peso; infermiere come figura intermedia tra paziente ed il resto dell'equipe.	Sviluppo e mantenimento dell'alleanza terapeutica.

<p><i>The role of the nurse in eating disorder recovery</i></p>	<p>Articolo in cui si fornisce una panoramica sui DCA</p>	<p>Quali interventi possono aiutare i pazienti ad instaurare meccanismi di coping relativi al proprio disturbo e ad aderire al trattamento.</p>	<p>/</p>	<p>Supporto emotivo ed educativo; sviluppare una relazione empatica e di fiducia, il tutto da fare in modo individualizzato.</p>	<p>Per una migliore salute mentale e benessere è necessaria un'assistenza individualizzata, così da meglio capire la condizione dell'assistito, fare in modo che quest'ultimo riscopra ed accetti se stesso, migliorare l'autostima e la visione dell'immagine corporea.</p>
<p><i>Management of Bulimia Nervosa: A Case Study with the Roy Adaptation Model</i></p>	<p>Case study</p>	<p>Analizzare gli effetti del Roy Adaptation Model sulla gestione del paziente.</p>	<p>Ragazza 22enne</p>	<p>Incoraggiamento nell'esprimere le proprie sensazioni pre e post pasti; educare la paziente nell'identificare e gestire elementi che potrebbero far</p>	<p>Tutto ciò si è visto come potrebbe prevenire comportamenti bulimici futuri ed accrescere l'autostima tramite attività soddisfacenti.</p>

				ripartire atteggiamenti bulimici; condividere gli obiettivi a lungo termine; coinvolgere la paziente in attività gratificanti ed interessanti per lei.	
<i>Nursing Care Considerations for the Hospitalized Patient with an Eating Disorder</i>	Studio qualitativo	Quali caratteristiche dei DCA sono soprattutto presenti nei contesti ospedalieri e quali interventi infermieristici sono importanti.	Pazienti ed infermieri	Favorire la centralizzazione del paziente ed il suo empowerment; motivare, condividere gli obiettivi del trattamento, sia a lungo che a breve termine.	L'attuazione di interventi individualizzati fa sì che ci sia un miglioramento dello stato di salute del paziente.
<i>Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study</i>	Mixed methods study	Nella prima fase si ricerca l'efficacia dell'alleanza terapeutica; nella seconda fase vengono analizzate le implicazioni del	Nella prima fase 128 persone (tra infermieri e pazienti) vengono sottoposti allo	Interazioni significative ed interpersonali nei confronti del paziente e cambiamento dell'impostazione	L'instaurazione dell'alleanza terapeutica dipende dalla capacità del professionista di creare una

		setting assistenziale sull'alleanza terapeutica.	studio; nella fase 2, 54 vengono sottoposti ad interviste	del setting assistenziale.	relazione basata sulla fiducia e sull'ascolto e di creare un setting assistenziale più privato e confidenziale.
Exploring nurses' and patients' perceptions of hope and hope-engendering nurse interventions in an eating disorder facility: A descriptive cross-sectional study	Cross sectional study (studio trasversale)	Analizzare le differenze tra le percezioni degli infermieri e dei pazienti riguardo l'associazione che sussiste tra gli interventi infermieristici e la speranza per il futuro degli assistiti.	97 pazienti e 10 infermieri	Secondo il paziente, i più efficaci sono: creare un ambiente in cui ci sia ascolto e comprensione dei sentimenti e disagi del paziente, dove possa essere dato conforto e sollievo e dove vi sia un coinvolgimento di quest'ultimo nel trattamento e miglioramento della condizione.	Gli infermieri credono di fornire efficaci interventi, a supporto dell'aumento della speranza del paziente per il futuro, più spesso rispetto a quanto pensino gli assistiti.
<i>Nurses and clientele with anorexia and bulimia: a case study</i>	Case study	Con quali modalità gli infermieri si relazionano con i pazienti in modo tale	8 infermieri	Porsi ad un livello pari col paziente, scambiando conoscenze sul	Sviluppo dell'alleanza terapeutica e di informazioni utili

		da trarre informazioni ed aspetti utili riguardo l'instaurazione dell'alleanza terapeutica.		disturbo ed opinioni.	alla pratica infermieristica.
<i>Rules of Engagement: Qualitative Experiences of Therapeutic Alliance When Receiving In-Patient Treatment for Anorexia Nervosa</i>	Studio qualitativo	Analizzare il punto di vista dei pazienti nello sviluppo dell'alleanza terapeutica durante il trattamento per l'anoressia nervosa in una clinica specializzata.	8 pazienti (18-34 anni)	Domandare ai pazienti le loro esperienze passate ed aspettative future riguardo al trattamento; non acquisire un ruolo troppo autoritario, ma, allo stesso tempo, non farsi manipolare dai pazienti; propensione degli infermieri all'ascolto attivo ed alla discussione riguardo i DCA con i pazienti.	Tali interventi fanno sì che il paziente stesso senta di far parte di un'assistenza individualizzata e centralizzata.
<i>Effective nursing care of adolescents with anorexia</i>	Studio qualitativo	Secondo i pazienti, quali interventi	8 pazienti	Supervisionare i pasti e creare	Ottenimento di risultati positivi da

<i>nervosa: a consumer perspective</i>		portano ad un aumento del peso e ad un'esperienza di ricovero positiva.		interazioni positive, in cui l'infermiere sia gentile e fermo da un punto di vista decisionale.	un punto di vista dell'aumento del peso e dell'esperienza positiva del ricovero quando si instaura un'alleanza terapeutica efficace.
<i>Assessment, Diagnosis, and Treatment of Binge Eating Disorder</i>	Articolo in cui si fornisce una panoramica generale data da più studi.	Accertamento, diagnosi e trattamento, con il coinvolgimento anche dell'assistenza infermieristica.	/	Porre domande dirette riguardo alle sensazioni ed ai comportamenti che il paziente attua o vuole attuare; incentivare un auto monitoraggio del paziente e l'uso di un diario dove esprimere se stesso; educare al riconoscimento dei segni, sintomi e dei comportamenti propri dei DCA.	I sentimenti di vergogna possono diminuire ed anche il tentativo di rendere segreti i propri comportamenti attuati; l'utilizzo del diario può aiutare all'identificazione degli eventi ed elementi psicologici/emotivi che possono scatenare l'abbuffata. Può subire un miglioramento

					l'autostima tramite la conoscenza delle caratteristiche proprie dei DCA.
<i>Leadership qualities when providing therapy for women who suffer from eating difficulties</i>	Studio qualitativo	Analizzare gli aspetti riguardanti le qualità della leadership degli infermieri durante l'assistenza.	6 pazienti	Riconoscimento delle sensazioni dei pazienti, mostrandosi sia empatico che autoritario. Motivare il paziente, supervisionarlo ed istruirlo sui razionali dei propri interventi.	La supervisione del paziente porta a rafforzare quelle qualità del professionista utili nello sviluppo e/ consolidamento della consapevolezza e riconoscimento delle sensazioni e disagi dell'assistito.
<i>Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective on effective interventions</i>	Studio qualitativo descrittivo	Quali interventi sono maggiormente efficaci nel trattamento dell'anoressia nervosa negli adolescenti.	8 infermieri	Essere comprensivi con le sensazioni ed emozioni del paziente; in una prima fase del trattamento per l'aumento del peso, prendere le decisioni al posto	Una buona relazione terapeutica è utile nell'attuazione di interventi efficaci sul piano alimentare, di supporto sociale e familiare.

				<p>del paziente, per poi riconsegnare, gradualmente, le responsabilità decisionali a quest'ultimo; coinvolgere i pazienti che avevano già avuto le stesse esperienze durante la permanenza nel luogo di cura; coinvolgimento della famiglia, sia come fonte di informazioni che come supporto; supportare il paziente nella partecipazione ad attività di gruppo.</p>	
<p>Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Quali fattori promuovono e quali impediscono la relazione terapeutica con bambini,</p>	<p>14 articoli in cui si studiano persone con</p>	<p>Comunicare con onestà ed in modo diretto, condividendo, se opportuno, anche</p>	<p>Nella relazione col paziente, gli infermieri devono essere costantemente</p>

Anorexia Nervosa Research		adolescenti e giovani adulti. Inoltre, quali sono responsabili del miglioramento della salute e del benessere.	l'anorexia nervosa	alcune esperienze personali come esempio e come modo per instaurare un rapporto di equità con l'assistito.	presenti e motivanti nei loro confronti. Viene ad instaurarsi un rapporto di fiducia e sicurezza grazie al modo di porsi dell'infermiere.
<i>An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals</i>	Studio qualitativo	Analizzare come la relazione terapeutica è instaurata e mantenuta nel contesto di cura.	6 pazienti con AN e 7 infermieri	Porsi ad un livello pari al paziente, condividendo le alcune esperienze passate che possano fornire un esempio e/o aiuto. Fornire motivazione, conforto ed un setting confidenziale al paziente.	I pazienti hanno apprezzato la sicurezza dell'ambiente e del setting di cura ed hanno interpretato come di grande supporto i professionisti che dessero una visione ottimistica e confortante del setting di cura.
Case study: Treating eating disorders in the community	Case study	Indagare le cause ed il trattamento dei DCA, compreso il ruolo dell'infermiere scolastico nell'equipe multiprofessionale.	Ragazza 16enne	Monitorare lo sviluppo e la crescita dei bambini e ragazzi adolescenti; coinvolgimento	Gli infermieri scolastici possono prevenire ospedalizzazioni tramite supporto. Possono coinvolgere la

				della famiglia negli incontri di gruppo.	famiglia ogni qual volta lo ritengano opportuno.
<i>Recognition and management of eating disorders in children and young people</i>	Case study	Come gli infermieri possano riconoscere e agire di fronte ai comportamenti attuati dai pazienti	Adolescente	Mostrare sensibilità e mostrarsi fermi nelle decisioni prese; coinvolgere ed informare adeguatamente le famiglie.	Interventi di supporto mostrano essere efficaci nell'instaurare un'alleanza terapeutica
<i>Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach</i>	Studio qualitativo (retrospettivo)	Studiare come eventi stressanti ed impattanti possano portare allo sviluppo di DCA, con lo scopo di utilizzare i risultati per interventi preventivi nel futuro.	27 pazienti	Chiedere in modo diretto ai pazienti se ci sono stati e quali sono stati gli eventi stressanti e momenti di forte cambiamento nella loro vita. Aiutare le famiglie ad assumere un ruolo di supporto nei confronti dei pazienti durante tali eventi.	Eventi stressanti e traumatici, non adeguatamente sostenuti da figure professionali e non, possono comportare lo sviluppo dei DCA.
<i>Educational and support intervention to help</i>	Pre/post study	Sviluppare interventi educativi e di	24 partecipanti	Fornire supporto emotivo alle	I partecipanti, tramite i risultati

<p><i>families assist in the recovery of relatives with eating disorders”</i></p>		<p>supporto per aiutare le famiglie nell’assistenza del familiare.</p>	<p>alla prima sessione di gruppo, fino ad arrivare a 21 alla quarta ed ultima sessione</p>	<p>famiglie ed insegnare a come comportarsi con la persona con DCA: effettuare un ascolto attivo, non criticare negativamente, il tutto con lo scopo di supportare.</p>	<p>del questionario finale, sono stati soddisfatti dall’educazione e dagli interventi di supporto attuati. Questi ultimi aspetti, quindi, hanno un impatto positivo sia per i familiari che per i pazienti.</p>
<p>The Anorexia Relapse Prevention Guidelines in Practice: A Case Report</p>	<p>Case report</p>	<p>Come le linee guida sulla prevenzione dell’AN possano essere applicate nella pratica clinica.</p>	<p>Ragazza 21enne</p>	<p>Motivare costantemente la paziente per evitare future ricadute e futuri comportamenti tipici del disturbo; il coinvolgimento della famiglia aiuta la paziente nel gestire in modo più autonomo il disturbo.</p>	<p>Maggior riconoscimento degli elementi e sintomi che possono portare a rivivere gli alterati comportamenti alimentari e quindi un supporto maggiore della paziente nel miglioramento della propria condizione e del ricovero.</p>

<p><i>An examination of the impact of “the Maudsley eating disorder collaborative care skills workshops” on the wellbeing of carers</i></p>	<p>Articolo scientifico</p>	<p>Analizzare se gli interventi attuati possano ridurre lo stress dei caregivers nell’assistenza del loro familiare.</p>	<p>30 famiglie</p>	<p>Fornire informazioni sui DCA, una condivisione degli obiettivi del trattamento, un aiuto nell’aumentare i livelli di sicurezza rispetto alle loro abilità nel supportare il paziente.</p>	<p>Gli interventi degli infermieri provenienti da una clinica specializzata sono efficaci nel migliorare la competenza ed il ruolo di supporto dei caregivers e ridurre il loro stress.</p>
<p><i>Meal Supervision During Medical Hospitalization for Eating Disorder</i></p>	<p>Studio di coorte</p>	<p>Analizzare gli effetti e la supervisione in termini di aumento di peso, tempo di ricovero, parametri vitali (PV), elettroliti.</p>	<p>52 pz dal primo studio di coorte e 56 dal secondo</p>	<p>Utilizzare protocolli standard in cui vi sia una supervisione dei pasti dall’ammissione alla dimissione dell’assistito.</p>	<p>In entrambi i gruppi non ci sono state differenze nei PV e nei livelli di elettroliti. I pasti supervisionati dall’ammissione del paziente nel luogo di cura possono diminuire il tempo di permanenza (nel secondo gruppo risulta essere 3 giorni minore</p>

					rispetto al primo) e, quindi, il costo del ricovero. Inoltre possono comportare un aumento di peso.
<i>Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions</i>	Studio qualitativo	Indagare quali interventi sono efficaci nel ristabilimento di un normale comportamento alimentare nell'anoressia nervosa, durante il momento dei pasti.	8 infermieri-filmati durante il momento dei pasti	Essere gentili, comprensivi e con un atteggiamento fermo nelle decisioni prese nei confronti dei pazienti. Monitorare ed istruire durante i pasti; incoraggiare e motivare; essere di supporto e comprensivi; educare sul disturbo il paziente e la famiglia su come divenire un supporto.	La modificazione delle abitudini alimentari può essere compiuta tramite l'insistenza degli interventi e l'istruzione dei pazienti.

