

Indice

Abstract.....	2
Introduzione.....	1
Materiali e metodi	3
CAPITOLO I: Anoressia nervosa	4
Complicanze anoressia.....	9
CAPITOLO II: Bulimia nervosa	13
Complicanze bulimia	15
CAPITOLO III: Disturbo da alimentazione incontrollata.....	18
CAPITOLO IV: TERAPIA	25
Terapia cognitivo-comportamentale (CBT).....	25
Farmacoterapia	27
CAPITOLO V: L'infermiere	29
Il modello di adattamento Roy	31
Diagnosi infermieristiche	33
Conclusioni.....	36
Sitografia e bibliografia	37

Abstract

I disturbi alimentari quali anoressia, bulimia e disturbo dell'alimentazione incontrollata sono patologie che, ad oggi, sono sempre più diffuse nella società; in particolar modo tra gli adolescenti. Si tratta di patologie che coinvolgono sia la sfera fisica che quella psicologica, pertanto è indispensabile intervenire con un'equipe multidisciplinare (costituita da infermieri, psicologi, psichiatri, nutrizionista, endocrinologi) per una maggior efficacia della terapia. La scarsa conoscenza di queste malattie comporta sia una difficoltà nell'impostazione del trattamento specifico che un ritardo nella diagnosi stessa. All'interno dell'equipe, l'infermiere ha un duplice ruolo sia come membro del team lavorativo sia nel rapporto con il paziente. Il trattamento riguarda sia la salute psicologica mediante la terapia familiare e/o cognitivo-comportamentale, particolarmente efficaci in quanto consentono di analizzare i disagi emotivi che portano all'insorgenza della malattia stessa, che la salute fisica mediante la rialimentazione e la correzione di complicanze associate ed eventuale farmacoterapia per la correzione di patologie psichiatriche concomitanti. L'approccio con la terapia familiare è fondamentale poiché il coinvolgimento dei genitori consente in primo luogo, di valutare la presenza di eventuali meccanismi patologici all'interno della famiglia stessa che possono contribuire all'insorgenza e/o mantenimento della malattia, in secondo luogo fornisce le conoscenze adeguate ai genitori per una corretta gestione dei disturbi alimentari dell'adolescente mediante interventi comportamentali ed educativi, cioè strategie che promuovono una sana alimentazione e riducono l'attività fisica. Lo sviluppo dell'elaborato è stato impostato prima con i quesiti di foreground che hanno permesso di approfondire l'argomento in questione e successivamente i quesiti di background identificati con la metodologia PICO (popolazione, intervento, confronto e outcome). La ricerca è stata effettuata in diverse banche dati, prediligendo documentazione scientifica recente pubblicata tra il 2015 e il 2021 in modo tale da rispecchiare il più possibile la società attuale. L'obiettivo è quello di approfondire una tematica che sta coinvolgendo sempre più ragazzi e ragazze e che se non diagnosticata in tempo o non trattata adeguatamente può portare alla morte del paziente.

Tabella abbreviazioni:

ADH	Antidiuretic hormone (ormone antidiuretico)
AN	Anoressia nervosa
APA	American psychiatric association
BED	Binge eating disorder (disturbo dell'alimentazione incontrollata)
BFST	Behavioral family systems therapy (terapia dei sistemi comportamentali familiari)
BMD	Bone mineral density (densità minerale ossea)
BN	Bulimia nervosa
CBT	Cognitive-behaviour therapy (terapia cognitivo comportamentale)
CCM	Case/care manager
DA/ED	Disturbi dell'alimentazione/eating disorders
DSM-5	Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition
FBT	Family-based-treatment (terapia basata sulla famiglia)
GH	Grow hormone (Ormone della crescita)
GnRH	Gonadotropin releasing hormone (ormone di rilascio delle gonadotropine)
HPA	Hypothalamic-pituitary-adrenal axis (asse ipotalamo-ipofisi-surrene)
IGF1	Fattore di crescita insulino-simile 1
IMC/BMI	Body mass index (Indice di massa corporea)
MMG	Medico di medicina generale
NICE	National institute for clinical excellence
QTC	Corrected QT interval (intervallo corretto di QT)
RAM	Roy adaptation model
SIAD	Syndrome of inappropriate antidiuresis (sindrome da inappropriata antidiuresi)
SPDC	Servizio psichiatrico di diagnosi e cura
SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitors (farmaci inibitori della ricaptazione della serotonina)
TSH	Thyroid-stimulating hormone
ACTH	Adrenocorticotrophic hormone

Introduzione

I disturbi dell'alimentazione (DA) sono malattie complesse determinate da condizioni di disagio psicologico ed emotivo che portano, chi ne è affetto, a vivere con una ossessiva attenzione alla propria immagine corporea, al proprio peso e a una eccessiva necessità di stabilire un controllo su di esso. I disturbi dell'alimentazione comprendono diverse condizioni caratterizzate da assunzione limitata di cibo (disturbo da assunzione di cibo evitante-restrittivo), disturbi comportamentali come il consumo di sostanze non commestibili (pica) o rigurgito volontario di alimenti (disturbo della ruminazione-rigurgito). I disturbi alimentari, cioè l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata (BED) sono condizioni caratterizzate da comportamenti alimentari anormali, con eccessiva preoccupazione per il cibo, il peso corporeo e la forma (Claudino et al, 2019). I DA, se non trattati in tempi e con metodi adeguati, possono diventare una condizione permanente e compromettere seriamente la salute di tutti gli organi e apparati del corpo (cardiovascolare, gastrointestinale, endocrino, ematologico, scheletrico, sistema nervoso centrale, dermatologico ecc.) e, nei casi più gravi, portare alla morte.

Attualmente questi disturbi rappresentano un importante problema di salute pubblica, visto che l'anoressia e la bulimia, negli ultimi decenni, ha subito un progressivo abbassamento dell'età di insorgenza, tanto che sono sempre più frequenti diagnosi in età preadolescenziale e nell'infanzia. L'insorgenza precoce, interferisce con il processo evolutivo sia biologico che psicologico, è associata a conseguenze più gravi sul corpo e sulla mente. L'esordio precoce infatti, può comportare un rischio maggiore di danni permanenti secondari alla malnutrizione, soprattutto per i tessuti che non hanno ancora raggiunto una piena maturazione, come le ossa e il sistema nervoso centrale (Ministero della salute, 2020).

I disturbi alimentari mostrano chiaramente gli stretti legami tra la salute emotiva e quella fisica. Il primo passo nel trattamento dell'anoressia nervosa è aiutare i pazienti a riprendere il peso fisiologico; mentre per i pazienti con bulimia nervosa o con disturbo da alimentazione incontrollata è aiutarli a interrompere e/o fermare le abbuffate. Tuttavia, riportare una persona al peso normale o terminare temporaneamente il ciclo di abbuffata non risolve i problemi emotivi sottostanti che causano o sono aggravati dal

comportamento alimentare anormale. La psicoterapia invece, aiuta le persone con disturbi alimentari a comprendere i pensieri, le emozioni e i comportamenti che innescano queste malattie. Inoltre, ci sono alcuni farmaci efficaci nel processo di trattamento. (American Psychiatric Association [APA], 2021)

Il trattamento dei DA richiede strutture e personale altamente specializzati, che assicurino un approccio interdisciplinare a tutti i livelli di assistenza, in cui sia garantita l'integrazione tra l'aspetto clinico-nutrizionale e quello psicologico, mediante il lavoro di un'equipe multidisciplinare, composta da psichiatri, psicologi, internisti, nutrizionisti, endocrinologi, dietisti, fisioterapisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica e infermieri. L'associazione del trattamento psicoterapeutico con quello nutrizionale si basa sul fatto che questi disturbi derivano da condizioni disfunzionali multidimensionali in cui operano diversi fattori fisici e psichici predisponenti, precipitanti e perpetuanti (Ministero della salute, 2020). Molto spesso, i disturbi alimentari si verificano insieme ad altri disturbi psichiatrici come ansia, panico, disturbo ossessivo compulsivo e problemi di abuso di alcol e/o droghe. Senza il trattamento dei sintomi sia emotivi che fisici di questi disturbi, possono verificarsi malnutrizione, problemi cardiaci e altre condizioni potenzialmente fatali. Con un'adeguata assistenza medica, le persone con disturbi alimentari possono riprendere abitudini alimentari adeguate e tornare a una migliore salute emotiva e psicologica (APA, 2021).

Materiali e metodi

Per lo sviluppo della tesi, inizialmente sono stati formulati i quesiti di background, in modo tale da focalizzare l'attenzione sul cuore del problema oggetto dello studio:

- a) Cosa sono i DA?
- b) Quali sono i disturbi alimentari?
- c) Quali persone vengono maggiormente colpite?
- d) Esiste una terapia specifica?

In un secondo momento, è stato identificato il quesito di foreground con la metodologia PICO che ci ha permesso di:

Paziente/popolazione	Soggetti sia maschi che femmine adolescenti (14-18 anni)
Intervento	Qual è il ruolo che ricopre l'infermiere come membro dell'equipe multidisciplinare e quali trattamenti sono previsti per queste patologie
Confronto	Nessun confronto
Outcome/risultati	I DA sono ancora poco conosciuti e sottodiagnosticati, l'infermiere ha un ruolo centrale nel trattamento sia ospedaliero che a livello territoriale

La ricerca delle fonti che sono stati utilizzate per lo sviluppo del corpo dell'elaborato è stata effettuata principalmente in Pubmed, in cui sono stati presi in considerazione documenti scientifici pubblicati tra il 2015 e il 2021 in lingua italiana e inglese, questo per far sì che rispecchi il più possibile la società attuale. Le parole chiave sono state definite attraverso i termini MESH combinati con l'operatore booleano "AND". I siti internet visitati sono:

- Ministero della salute
- American Psychiatric Association (APA)

Parole chiave: anorexia nervosa; eating disorders; bulimia nervosa; nurse; binge eating disorder;

CAPITOLO I: Anoressia nervosa



<http://www.salute.gov.it/>

L'anoressia nervosa è una patologia psichiatrica caratterizzata da un'alterazione dell'immagine corporea, restrizione alimentare persistente e basso peso corporeo; è associata a alterazione endocrina sia nelle ragazze adolescenti che nelle donne. Nel 2013, l'APA ha rivisto i criteri diagnostici per l'anoressia nervosa rimuovendo il requisito di amenorrea, a causa del fatto che alcune donne con peso ridotto e tutte le caratteristiche psichiatriche dell'anoressia nervosa continuano ad avere le mestruazioni regolari. Nelle donne, l'anoressia nervosa è caratterizzata da disregolazione endocrina globale, inclusa la disfunzione dell'asse ipotalamo-ipofisario e alterazioni ormonali di adipochine e di regolazione dell'appetito. Sebbene questi disturbi endocrini siano principalmente un adattamento allo stato a bassa energia, possono esercitare effetti deleteri sulla salute scheletrica e sulle comorbilità neuropsichiatriche. I pazienti con anoressia nervosa di solito presentano un peso ridotto associato a fame indotta da sé e intensa paura di ingrassare. Tuttavia, arrivare a una diagnosi di anoressia può risultare essere difficile perché i pazienti negano la presenza della malattia e non riconoscono il loro comportamento, i problemi e l'immagine del corpo come anormali.

Asse ipotalamo-ipofisaria: la scarsa disponibilità di energia nei pazienti con tale patologia provoca comunemente amenorrea ipotalamica determinata da bassi livelli di ormoni sia androgeni, che estrogeni. Sebbene il recupero della funzione riproduttiva si verifichi nella maggior parte delle donne normalizzando peso e massa grassa, non esiste un peso corporeo prestabilito o una percentuale di massa grassa al di sopra della quale le mestruazioni riprendono. L'amenorrea persiste nel 15% delle donne nonostante il

recupero del peso corporeo normale e non appare chiaro se la causa sia dovuta alla psicopatologia persistente del disturbo alimentare, a una riduzione del grasso corporeo nonostante un peso normale, all'atrofia delle gonadotropine o ad altri fattori.

Ormone della crescita: L'anoressia nervosa sia negli adolescenti che negli adulti è uno stato di resistenza all'ormone della crescita acquisita secondaria alla deprivazione nutrizionale cronica ed è caratterizzata da una maggior secrezione di GH ma da un fattore di crescita insulino-simile 1 (IGF1). Bassi livelli di IGF1 potrebbero essere una risposta adattativa per preservare l'energia riducendo le spese per la crescita negli stati di fame cronica. La resistenza all'ormone della crescita influisce negativamente sulla crescita ossea longitudinale nei ragazzi adolescenti con anoressia nervosa. Livelli elevati di GH potrebbero anche avere un ruolo protettivo mantenendo la glicemia a livelli normali tramite la gluconeogenesi e mobilitando le riserve di grasso tramite la lipolisi negli stati di fame cronica. Bassi livelli di insulina, che sono caratteristici degli stati di malnutrizione, potrebbero anche avere un ruolo nella resistenza al GH sottoregolando l'espressione del recettore dell'ormone della crescita epatico, come si vede nelle linee cellulari umane. Si ritiene che livelli elevati di GH derivino dalle risposte ipotalamiche e della ghiandola pituitaria a bassi livelli di IGF1 circolanti, tramite i classici meccanismi di feedback negativo. La resistenza all'ormone della crescita negli individui con anoressia nervosa è parzialmente invertita durante la rialimentazione e con il recupero di peso: i livelli di IGF1 aumentano con la rialimentazione e l'aumento di peso porta a una normalizzazione della secrezione dell'ormone della crescita.

Asse ipotalamo-ipofisi-surrene: è in uno stato cronicamente stimolato in almeno un terzo delle donne con anoressia nervosa. Negli studi condotti tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80, la concentrazione plasmatica media di cortisolo nelle 24 ore era elevata nell'80% delle donne con anoressia nervosa. In studi successivi invece, sono stati identificati anche aumenti dei livelli di cortisolo libero nelle urine nelle 24 ore, livelli di cortisolo salivare a tarda notte e livelli di cortisolo nel siero mattutino. Sebbene il grado di ipercortisolemia sia inversamente associato all'IMC (indice di massa corporea) e alla massa grassa, le misure di cortisolo raramente superano il doppio del limite superiore del dosaggio normale. Questa ipercortisolemia potrebbe essere dovuta

allo stress dovuto sia alla deprivazione nutrizionale cronica che anche come mezzo per mantenere la glicemia a livelli normali nei pazienti con anoressia nervosa. L'ipercortisolemia inoltre, risulta essere inversamente associata alla gravità dei sintomi di depressione e ansia. L'ipercortisolemia potrebbe anche inibire l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi ed esercitare un effetto deleterio sul muscolo. Anche se un ridotto apporto calorico previene l'accumulo di tessuto adiposo nelle donne con anoressia nervosa, durante il recupero del peso, livelli elevati di cortisolo sono associati all'accumulo di grasso nel tronco. Un'alterazione dell'asse HPA può persistere nelle donne con anoressia nervosa dopo aumento di peso; ciò suggerisce che il recupero dalla malattia non è completo, o che l'asse HPA potrebbe essere coinvolto nella patogenesi della malattia.

Asse ipotalamo-ipofisi-tiroide: La grave perdita di peso nell'anoressia nervosa è caratterizzata dalla sindrome della malattia non tiroidea, caratterizzata da anomalie nei test di funzionalità tiroidea. Nelle donne con anoressia nervosa di peso molto basso, i livelli di T_3 totale sono bassi, la T_3 inversa è elevata a causa dell'aumentata deiodinazione periferica da T_4 a T_3 ; la T_4 libera e il TSH variano da normale a basso. Questi cambiamenti sono una risposta adattativa per ridurre il metabolismo e il dispendio energetico e, pertanto, la sindrome della malattia non tiroidea non richiede alcun trattamento. Durante la fase di recupero della malattia i livelli di T_3 si normalizzano.

Ormoni ipofisari e funzionalità renale: La vasopressina, nota anche come ormone antidiuretico (ADH), normalmente è sintetizzata dall'ipotalamo e immagazzinata nell'ipofisi posteriore, promuove la secrezione di ACTH (ormone adrenocorticotropo). Nei soggetti con anoressia nervosa si presentano livelli elevati di ADH associato a una riduzione della sensibilità ipofisaria a questo ormone, mentre nella depressione si verifica livelli elevati di ADH e maggior sensibilità. Per questo non è ancora chiaro se la differenza tra anoressia e depressione sia dovuta alla patogenesi della malattia o derivi da una strategia adattativa. Anomalie nelle concentrazioni di elettroliti possono verificarsi in pazienti con anoressia nervosa, spesso sono causate da una secrezione inappropriata di vasopressina (cioè la sindrome di anti-diuresi inappropriata (SIAD)). Altre cause di bassi livelli sierici di sodio nelle donne con anoressia nervosa

comprendono il consumo eccessivo di acqua, l'ipovolemia dovuta a un'alimentazione e uno spurgo inadeguati, un riassorbimento renale sodico ridotto nel contesto della malnutrizione e l'uso di farmaci psicotropi che potrebbero anche portare a SIAD. L'iponatriemia può provocare convulsioni. Inoltre, è stato segnalato che si può verificare raramente ipernatriemia a causa di disidratazione o diabete insipido. Altre anomalie elettrolitiche comprendono ipokaliemia, ipomagnesiemia e ipofosfatemia. L'ipokaliemia è presente nel 20% circa delle donne con anoressia nervosa ed è determinato quasi esclusivamente da uso di purghe (cioè vomito, uso lassativi o di diuretici). L'ipokaliemia grave, cioè con una concentrazione sierica di potassio inferiore a 2,5 mmol/l, indipendentemente dalla causa è associata a un rischio di aritmia cardiaca. La sindrome da rialimentazione, che può essere determinata da variazioni di liquidi ed elettroliti durante la riabilitazione nutrizionale, è associata a ipopotassiemia, ipofosfatemia e ipomagnesiemia; per questo è importante monitorare attentamente i livelli degli elettroliti durante la rialimentazione evitando bruschi aumenti dell'apporto calorico in modo da prevenire la sindrome. Durante la riabilitazione nutrizionale, l'assunzione di carboidrati induce il rilascio di insulina, che porta all'assorbimento cellulare di potassio, magnesio e fosfato. L'anoressia nervosa è anche associata a disregolazione della secrezione di ossitocina, che è un ormone ipotalamico anoressigenico. Anche se i livelli notturni di ossitocina sierica sono più bassi nelle donne con anoressia nervosa rispetto agli individui di peso normale, i livelli sierici postprandiali di ossitocina sono più elevati nelle donne con anoressia nervosa attiva e con recupero di peso rispetto alle donne di normopeso. Una potenziale spiegazione di questa apparente contraddizione è un'associazione inversa tra i livelli di ossitocina centrale e periferica, tale che un aumento dei livelli postprandiali di ossitocina sierica indica una risposta adattativa alla riduzione della segnalazione di sazietà ossitocinergica centrale postprandiale.

Ormoni che regolano l'appetito: nell'anoressia nervosa, la secrezione basale di leptina identificata come un fattore di sazietà, è ridotta così come la massa grassa. La leptina stimola la secrezione di GnRH e l'ipoleptinemia potrebbe contribuire all'amenorrea ipotalamica e ai livelli elevati di attività fisica nelle donne per le quali l'esercizio compulsivo è una componente della sindrome psichiatrica. Con la rialimentazione e il recupero di peso, i livelli endogeni di leptina sierica aumentano.

Microarchitettura ossea: L'alterazione endocrina globale nell'anoressia nervosa ha conseguenze sulla salute scheletrica e una ridotta BMD (densità minerale ossea) è una comorbilità comune. La tomografia computerizzata quantitativa periferica ad alta risoluzione ha evidenziato alterazioni della microarchitettura ossea sia a livello corticale che trabecolare e nella forza ossea in ragazze adolescenti e nelle giovani donne con AN. Nonostante la giovane età delle persone con anoressia nervosa, la diminuzione della BMD è associata a un aumento nel rischio di fratture, per questo le fratture si presentano in oltre il 59,8% nelle ragazze adolescenti con anoressia nervosa rispetto ai soggetti sani. Ciò indica che i soggetti con anoressia nervosa subiscono alterazioni nell'organizzazione e la distribuzione 3D dell'osso, che determinano la resistenza ossea. Fisiologicamente durante il periodo dell'adolescenza si verifica un elevato turnover osseo, cioè la formazione ossea supera il riassorbimento osseo fino al raggiungimento del picco di massa ossea, mentre gli adolescenti con anoressia nervosa hanno una ridotta formazione e riassorbimento osseo. Questo determina una compromissione della salute futura delle ossa e aumenta il rischio di fratture. Sia per gli adolescenti che per gli adulti, una ridotta BMD può verificarsi molto rapidamente nell'anoressia nervosa, con cambiamenti spesso evidenti dopo solo 1 anno di malattia.

I fattori che causano una ridotta BMD nell'anoressia nervosa sono il basso peso corporeo, anomalie nella composizione corporea, alterazione dell'ormone ipofisario anteriore e posteriore e le anomalie nella secrezione di adipochine e peptidi intestinali. Inoltre un IMC ridotto in ragazze e donne adolescenti con anoressia nervosa determinano un BMD basso in quanto la perdita di peso contribuisce ad un'ulteriore perdita di tessuto osseo. I depositi di grasso hanno anche ruoli importanti nella regolazione della massa ossea nell'anoressia nervosa: la massa del midollo osseo giallo è inversamente associata alla BMD nei pazienti con anoressia nervosa; non è chiaro se il tessuto adiposo abbia un ruolo causale nella BMD bassa o semplicemente aumenta in assenza di cellule ematopoietiche e produttrici di ossa. Gli ormoni dell'ipofisi anteriore sono determinanti importanti della BMD, inclusa la resistenza all'ormone della crescita GH che determina un deficit relativo IGF1, che è un importante contributo alla perdita ossea nelle donne; GH e IGF1 stimolano la differenziazione degli osteoblasti mentre inibisce quella degli osteoclasti, e GH stimola indipendentemente la proliferazione degli osteoblasti. Di conseguenza, bassi livelli sierici di IGF1 nelle donne sono associati a

marcatori di formazione ossea, una bassa BMD e una ridotta microarchitettura ossea. Al contrario, il cortisolo riduce la formazione ossea e aumenta il riassorbimento osseo. Di conseguenza, le misure dei livelli di cortisolo sono inversamente associate alla BMD nelle ragazze e nelle donne con anoressia nervosa.

Comorbidità neuropsichiatriche: L'ansia e la depressione sono condizioni comuni nelle donne con anoressia nervosa, presenti nel 50-75% dei pazienti; sono associati alla disregolazione dei livelli di ormoni, quali estrogeni, androgeni, cortisolo, leptina e ossitocina. La carenza di estrogeni potrebbe influire negativamente sull'umore e sull'ansia, infatti l'ovariectomia con conseguente ipoestrogenemia e l'ipoandrogenemia sono associate a un aumento della gravità della depressione e dell'ansia nelle donne con anoressia nervosa indipendentemente dal peso.

Anoressia nervosa negli uomini: il 5-15% delle persone affette da anoressia nervosa sono uomini. È noto che i ragazzi adolescenti con anoressia nervosa hanno un BMI, massa magra, massa grassa, livelli di testosterone e livelli di estradiolo inferiori rispetto ai soggetti di peso normale. Gli uomini con anoressia nervosa hanno una percentuale più alta di grasso nel tronco e un rapporto di grasso tronco-estremità più alto rispetto agli uomini sani, determinato da ipogonadismo ipogonadotropo. Anche i ragazzi e gli uomini adolescenti con anoressia nervosa hanno una BMD ridotta. Rispetto alle ragazze adolescenti con anoressia nervosa, che hanno una riduzione della densità minerale ossea principalmente a livello della colonna lombare, i ragazzi hanno una riduzione del BMD soprattutto a livello dell'anca e del collo del femore. Non sono disponibili dati sull'efficacia della sostituzione del testosterone sulla BMD in ragazzi adolescenti o uomini con anoressia nervosa (Schorr & Miller, 2018).

Complicanze anoressia

L'anoressia nervosa può influire negativamente su quasi tutti i sistemi del corpo. Le complicazioni sorgono come conseguenza diretta della perdita di peso e della malnutrizione. Gli occhi possono essere colpiti dal lagofalmo, in cui le palpebre non coprono completamente l'occhio durante il sonno, provocando di conseguenza irritazione alla cornea e lieve fastidio oculare. Il trattamento prevede di chiudere gli occhi di notte dopo aver applicato un lubrificante sterile.

Gastrointestinale: la disfagia si può presentare durante le prime fasi della rialimentazione, dovuto all'indebolimento e scoordinazione dei muscoli faringei; perciò i pazienti possono avere tosse o una storia di polmonite da aspirazione. La diagnosi viene effettuata mediante un test di deglutizione al bario modificato mentre il trattamento dipende dal ripristino del peso e dall'input di un logopedista per definire la corretta consistenza del cibo. I pazienti con anoressia nervosa inoltre hanno lo svuotamento gastrico rallentato, accompagnato da sazietà precoce, nausea e gonfiore; si risolve con l'aumento di peso, ma i sintomi possono rispondere precocemente all'uso di metoclopramide a basso dosaggio e a breve termine prima dei pasti. La dilatazione gastrica acuta è una condizione grave che può portare a perforazione gastrica se non riconosciuta precocemente. Può verificarsi come evento isolato nella rialimentazione o come risultato della sindrome dell'arteria mesenterica superiore, determinata dalla compressione estrinseca della terza porzione del duodeno, a causa della perdita di un cuscinetto di tessuto adiposo che normalmente mantiene l'angolo tra l'arteria mesenterica superiore e l'aorta. Un significativo dolore addominale al quadrante superiore sinistro durante l'alimentazione, l'emese durante il pasto e la sazietà precoce dovrebbero richiedere una valutazione tramite radiografia addominale o una tomografia computerizzata. Il trattamento della sindrome dell'arteria mesenterica superiore è finalizzato al ripristino del peso per ricostituire il cuscinetto adiposo, che può essere ottenuto con una dieta orale morbida o liquida o con l'alimentazione enterale tramite il posizionamento di un sondino naso-digiunale. La dilatazione gastrica acuta viene trattata prima mediante decompressione con sondino nasogastrico, seguita da trattamenti simili a quelli utilizzati nella sindrome dell'arteria mesenterica superiore. C'è anche un rallentamento della funzione del colon, con conseguente stitichezza come sintomo di accompagnamento nell'anoressia nervosa. L'AN inoltre è caratterizzata da transaminasi epatiche elevate per apoptosi, cioè una morte programmata degli epatociti a causa della malnutrizione. Nella maggior parte dei casi, si verificano anomalie degli enzimi epatici, correlate a un indice di massa corporea inferiore, ipoglicemia e sviluppo di ipofosfatemia da rialimentazione, per questo è consigliato un supporto nutrizionale progressivo. In genere, la fosfatasi alcalina e la bilirubina non sono interessate. Gli aumenti di aspartato aminotransferasi e alanina aminotransferasi possono essere dovuti a steatosi come risultato della rialimentazione effettiva. Per questo è consigliabile

eseguire un'ecografia epatica che, può aiutare a chiarire la causa poiché nella steatosi si noterà un ingrossamento del fegato grasso.

Cardiaco: l'anoressia nervosa ha la mortalità più alta di qualsiasi altro disturbo psichiatrico. La morte cardiaca improvvisa insieme ad altre complicazioni mediche e il suicidio rappresentano circa il 60% dei decessi. La causa esatta della morte improvvisa nell'anoressia nervosa rimane sconosciuta. È stato ipotizzato che le alterazioni della conduzione cardiaca e della ripolarizzazione contribuiscano all'aumento della mortalità attraverso un unico meccanismo. In generale, la bradicardia si nota nei pazienti e riflette un tono vagale accentuato nel contesto di una sostanziale perdita di peso. Questo spesso si risolve con il ripristino del peso corporeo. La bradicardia sinusale, cioè frequenza cardiaca a riposo inferiore a 60 battiti al minuto, di per sé non richiede una terapia specifica, ma le attuali linee guida raccomandano il ricovero in ospedale per una frequenza cardiaca inferiore a 40 battiti al minuto. Il blocco atrioventricolare è estremamente raro e suggerisce una cardiopatia strutturale sottostante che potrebbe non essere correlata all'anoressia nervosa stessa. La grave anoressia nervosa è nota anche per modificare la struttura cardiaca. Molti pazienti sviluppano atrofia ventricolare sinistra e conseguenti alterazioni anulari che portano al prolasso della valvola mitrale. Tra le anomalie strutturali cardiovascolari più importanti c'è una sostanziale riduzione della massa miocardica ventricolare sinistra con funzione sistolica ventricolare sinistra preservata. Questo è generalmente reversibile con la rialimentazione. Sebbene la maggior parte delle anomalie cardiache siano reversibili, la presenza di cicatrici miocardiche suggerisce che le aritmie rimangono un possibile meccanismo di aumento della mortalità di questa malattia.

Polmonare: I polmoni non sono influenzati negativamente. Sembra che ci siano alcune anomalie nei test di funzionalità polmonare associate all'anoressia nervosa simili a quelle osservate con l'enfisema.

Ematologia: quando l'anoressia nervosa peggiora, si verifica un'ipoplasia trilineare che causa anemia, leucopenia e trombocitopenia. L'anemia si verifica nel 40% di questi pazienti, con leucopenia osservata nel 30% e trombocitopenia in circa il 10%. Anche se neutropenici, questi pazienti non sembrano essere suscettibili alle complicanze infettive.

Muscoloscheletrico: L'osteoporosi è comune nell'anoressia nervosa e si manifesta nelle prime fasi della malattia. La diminuzione della densità ossea è evidente nonostante l'età relativamente giovane di questi pazienti. Il rischio di successive fratture da fragilità è elevato sia negli adulti che negli adolescenti con anoressia nervosa. L'incidenza delle fratture aumenta subito dopo la diagnosi di anoressia nervosa e rimane per molti anni dopo. Nell'anoressia nervosa la perdita di densità minerale ossea è dovuta sia alla diminuzione della formazione ossea che all'aumento del riassorbimento osseo. Inoltre, l'osso trabecolare è più colpito dell'osso corticale. Non esistono attualmente trattamenti specifici per l'osteoporosi dell'anoressia nervosa. L'aumento di peso e la ripresa delle mestruazioni sono associati ad aumenti significativi della densità minerale della colonna vertebrale e dell'anca.

Endocrino: esistono molteplici anomalie endocrine associate all'anoressia nervosa. La maggior parte dei pazienti, sia maschi che femmine, è ipogonadica a causa del ritorno a uno stato prepuberale in cui la secrezione dell'ormone di rilascio della gonadotropina ipotalamica è ridotta, causando bassi livelli dell'ormone follicolo-stimolante o ormone luteinizzante. Pertanto si verifica amenorrea. La ripresa delle mestruazioni si verifica con il ripristino del 90% del peso corporeo ideale. Tuttavia, alcuni pazienti hanno un'amenorrea prolungata anche dopo il ripristino del peso e la fertilità può essere compromessa in modo permanente. L'ipoglicemia si verifica quando l'anoressia nervosa diventa più grave, a causa dell'esaurimento delle riserve di glicogeno epatico.

Neurologico: I cambiamenti dell'atrofia cerebrale si verificano a causa della malnutrizione. Il funzionamento neurocognitivo può essere permanentemente compromesso anche se l'atrofia cerebrale migliora con il ripristino del peso. Sia la materia grigia che quella bianca sono interessate.

Dermatologico: si verificano cambiamenti della pelle, quali xerosi, crescita di peli lanuginosi sulla colonna vertebrale e sui lati del viso, diradamento dei capelli, acrocianosi e perniosi. Sono stati descritti anche un aumento dell'acne e del carotenoderma. Tutti si risolvono con l'aumento di peso. (Westmoreland, Krantz, & Mehler, 2016)

CAPITOLO II: Bulimia nervosa

La bulimia nervosa è una grave patologia psichiatrica che colpisce prevalentemente soggetti tra l'adolescenza e/o giovane età adulta. È caratterizzata dall'assunzione ricorrente di eccessiva quantità di cibo in breve tempo (abbuffate) associata a perdita di controllo e attivazione di sistemi compensatori inappropriati (come vomito autoindotto, uso eccessivo di lassativi o diuretici, digiuno prolungato e/o esercizio fisico estremo) allo scopo di tenere sotto controllo la forma e il peso corporeo (Hail, & Le grange, 2018). Il DSM-5 ha inserito tra le caratteristiche definenti per la diagnosi anche degli specificatori di qualità che, nel caso della bulimia nervosa si basa sulla frequenza settimanale con cui l'individuo attua meccanismi compensatori; in base a questo parametro possono essere suddivisi in: lieve (1-3 episodi), moderato (4-7 episodi), grave (8-13 episodi) e estremo (≥ 14 episodi) (Smith et al, 2017). Gli approcci diagnostici tradizionali si basano sull'autovalutazione dei sintomi da parte del paziente. È tipicamente associata ad alti tassi di comorbidità e mortalità elevata. Inoltre, le abbuffate e i comportamenti spurgo associati possono portare a una serie di complicazioni mediche, come squilibrio elettrolitico, che può portare ad aritmie o la morte, lacrima esofagea, rottura gastrica, problemi di fertilità e carie. Con il rischio di complicazioni mediche, è imperativo utilizzare un approccio di gruppo multidisciplinare. (Hail et al, 2018)

Quando si esegue un esame fisico su un soggetto con diagnosi o sospetta bulimia nervosa oltre ad ottenere parametri quali altezza, peso e parametri vitali è importante osservare con particolare attenzione pelle, bocca e l'addome del paziente. Questo perché la patologia si manifesta con generalmente con ipotensione, pelle secca, gonfiore alle parotidi, erosione dentale e presenza di calli sul dorso della mano (segno di Russell) dovuti all'induzione eccessiva del vomito. La bulimia nervosa può anche essere associata a perdita di capelli, edema ed epistassi. Un esame neurologico è indispensabile per verificare le cause neurologiche che determinano perdita di peso o vomito prima di diagnosticare la bulimia (Jain, & Yilandi, 2021). Secondo le linee guida dell'American Psychiatric Association (DSM V) i criteri diagnostici sono:

- Episodi ricorrenti di abbuffate per un breve periodo di circa 2 ore, con consumo di una quantità di cibo maggiore rispetto a ciò che altri potrebbero mangiare in un periodo simile e in circostanze simili.
- Questi episodi sono caratterizzati da una mancanza di controllo sul mangiare.
- Al fine di evitare l'aumento del peso corporeo, si verificano comportamenti compensatori, come induzione del vomito, utilizzo di lassativi o agenti disidratanti o esecuzione di esercizi fisici intensivi.
- L'autostima individuale è influenzata in modo significativo dal peso e dalla forma del corpo.
- Il disturbo non si osserva solo durante gli episodi di anoressia nervosa.
- Episodi di alimentazione incontrollata e comportamenti compensatori vengono osservati almeno una volta alla settimana per un periodo di 3 mesi.

L'eziologia è complessa e ancora non chiara del tutto. Affinché la malattia si sviluppi ci deve essere una combinazione di diversi fattori a carattere biologico (predisposizione genetica, meccanismo alterato di controllo della sazietà, disturbi neurochimici inclusa la carenza di serotonina), comportamentale (abitudini alimentari anormali e alimentazione irregolare, utilizzando restrizioni nutrizionali), psicologico (depressione, regolazione emotiva ridotta, bassa autostima con grandi aspettative di sé), familiare (relazioni deteriorate e la comunicazione tra i membri della famiglia) e socioculturale (il culto del corpo e l'aspirazione di avere un corpo perfetto). I pazienti affetti da bulimia nervosa focalizzano la loro autostima sul loro aspetto esteriore e sono caratterizzati dalla presenza di disfunzioni che riguardano l'interpretazione e/o regolazione delle proprie emozioni che porta ad intensificare gli episodi di abbuffate e successive purghe prettamente con lo scopo di gestire la tensione emotiva. Gli episodi di eccesso di cibo e comportamenti compensatori causati dalla "spinta bulimica all'eccesso di cibo" determinano l'alterazione dell'omeostasi corporea e dei meccanismi responsabili della fame e della sazietà, nonché un'interpretazione compromessa di questi segnali. Per questo motivo, s'instaura un circolo vizioso in cui si alternano un'alimentazione incontrollata a restrizioni dietetiche con le relative conseguenze emotive. I meccanismi compensatori influenzano il sistema endocrino determinando umore depresso, aumento della sensazione di fame e di conseguenza aumento di abbuffate e comportamenti compensatori. Tutto ciò prende il nome di trappola bulimica. Pertanto, se non trattata la

malattia determina un'alterazione dell'intero organismo oltre alla manifestazione di complicanze sia mediche che psicologiche presenti fin dall'inizio; quelle mediche sono la diretta conseguenza dei meccanismi compensatori utilizzati dal soggetto. Gli effetti collaterali più comuni sono determinati dall'azione del contenuto gastrico sull'esofago e sulla cavità orale; questi comprendono erosione e decolorazione dello smalto associate a carie dentale, patologie gengivali, edema infiammatorio delle ghiandole parotidi, erosione di esofago e parete posteriore della gola e voce rauca. I meccanismi compensatori inoltre determinano un'alterazione dell'equilibrio idro-elettrolitico ed acido-base. L'induzione del vomito inoltre, provoca alcalosi metabolica con ipercloremia, ipopotassiemia dovuta a ipovolemia con iperaldosteronismo secondario. Vomito, diarrea e abuso dei diuretici possono portare ad acidosi metabolica con livelli di potassio all'apparenza normali ma che determinano nefropatia ipokaliemica con alterazione nella concentrazione urinaria, alcalosi ipocloremica e ipomagnesemia. Altre conseguenze includono erosioni gastriche, pancreatite, malattia da reflusso gastroesofageo, disturbi mestruali e gonfiore degli arti inferiori, dispnea, disturbi del ritmo cardiaco, pressione arteriosa ridotta, frazione di eiezione ridotta, frequenza cardiaca scarsamente palpabile, suoni cardiaci scarsamente udibili, distensione addominale, ileo paralitico, neuropatie, aumento della sete, miopatia, convulsioni, contrazioni muscolari e avitaminosi. Inoltre, le superfici dorsali delle mani sono ferite a causa dell'induzione del vomito (Sekula, Boniecka, & Paśnik, 2019).

Complicanze bulimia

Sia l'anoressia che la bulimia nervosa hanno importanti complicanze mediche associate alla perdita di peso e alla malnutrizione nell'anoressia, ai comportamenti di purga nella bulimia. I pazienti con bulimia nervosa che hanno un disturbo di personalità borderline in comorbilità, hanno esiti peggiori rispetto a quelli senza disturbo di personalità borderline quando entrambi sono trattati con psicoterapia e farmacoterapia.

Vomito autoindotto: viene riscontrato nel 90% dei casi, le complicanze possono essere sia locali che sistemiche. Tra le complicanze sistemiche troviamo alterazione idroelettrolitiche e acido-base, mentre tra quelle locali troviamo il reflusso gastrico persistente che porta a disfagia e dispepsia, epistassi ed emorragie subcongiuntivali. A livello del cavo orale si verifica la perimolisi, cioè l'erosione della dentina e dello

smalto causata dall'esposizione prolungata all'acidità dei succhi gastrici, oltre a mucosite e cheilite. Il trattamento prevede la somministrazione di farmaci inibitori di pompa protonica e fermare questo meccanismo. Per il cavo orale la terapia prevede accurata igiene orale mediante spazzolamento delicato e l'uso di un collutorio al fluoro. L'esposizione all'acido provoca anche danni alla laringe con alterazioni infiammatorie delle corde vocali e una voce rauca. Si verifica inoltre la scialoadenosi, cioè l'ingrossamento della ghiandola parotide, il cui tessuto si presenta con grandi acini contenenti granuli di zimogeno senza alcuna patologia scatenante. Generalmente la scialoadenosi si sviluppa con gonfiore bilaterale, 3-4 giorni dopo la sospensione del vomito autoindotto cronico, ciò potrebbe essere particolarmente angosciante per un soggetto bulimico poiché ha un'attenzione ossessiva per la propria immagine corporea. Potrebbe esserci un aumento del livello sierico dell'enzima isoamilasi salivare. Il trattamento idealmente dovrebbe essere preventivo e composto dall'uso di scialagoghi come le caramelle, insieme a un farmaco antinfiammatorio e alla frequente applicazione di impacchi caldi o, se iniziato in ritardo, risolve il problema entro 1 o 2 settimane. Le complicazioni mediche più pericolose del vomito autoindotto riguardano i cambiamenti acido-base ed elettrolitici che ne conseguono. Queste alterazioni, sono le stesse che si verificano con l'abuso di diuretici come modalità di eliminazione preferita, ma in generale quelle che si verificano con il vomito autoindotto sono più profondamente anormali. Le anomalie elettrolitiche più comuni sono alcalosi metabolica e ipopotassiemia. Con il vomito, ciò è dovuto alla perdita sia di acido che di potassio, nonché dallo stato di esaurimento del volume che causa un aumento della secrezione di aldosterone per sostenere la pressione sanguigna. Questo corso di eventi compensatori è indicato come sindrome di pseudo-Barrett. Predisporre questi pazienti alla formazione di edema, dovuto sia alla sospensione dei meccanismi di spurgo che alla richiesta di somministrazione di soluzione salina per via endovenosa, infusa troppo rapidamente. Questi pazienti devono essere trattati in modo diverso rispetto, ad esempio, a un paziente con gastroenterite acuta che necessita di soluzione salina per via endovenosa, in cui può essere infusa in modo sicuro piuttosto rapidamente. Anche se i livelli elevati protettivi di aldosterone si auto-normalizzano dopo alcune settimane dalla sospensione dei comportamenti di eliminazione di compenso, spesso è consigliato avviare la somministrazione di spironolattone con dose iniziale di 25-50 mg al giorno sia per

prevenire che per trattare la formazione di edema. Il riscontro di ipopotassiemia, in un giovane adulto altrimenti sano, è altamente specifico per la diagnosi di bulimia occulta. I gradi potenzialmente gravi di ipopotassiemia e alcalosi metabolica e le conseguenti aritmie cardiache che possono svilupparsi in coloro che si purgano eccessivamente sono le probabili ragioni dell'elevato tasso di mortalità associato alla bulimia nervosa. La maggior parte dei pazienti con bulimia nervosa usa le dita per provocare il vomito.

Abuso di lassativi: rappresenta la seconda modalità principale di eliminazione. La complicanza più importante è l'ipopotassiemia. Tuttavia a differenza dei diuretici e dell'induzione del vomito, l'abuso dei lassativi è associato nelle fasi iniziali ad un'alcalosi metabolica con ipercloremia per diventare nelle fasi finali alcalosi metabolica dopo uno stato di impoverimento cronico del volume. Oltre alle anomalie elettrolitiche, si manifestano effetti avversi locali gastrointestinali come prolasso rettale, diarrea, emorroidi, ematochezia e la sindrome del colon catartico. Da molti anni è noto che i lassativi stimolanti, il cui meccanismo d'azione si basa sulla stimolazione della peristalsi tramite un effetto diretto sul plesso di Auerbach nel colon, possono causare danni permanenti a questi plessi nervosi. Il risultato dell'uso cronico di lassativi determina la perdita di capacità da parte del colon di propagare il materiale fecale per cui si presenta come un tubo inerte con grave stitichezza per cui può essere necessaria la colectomia. La quantità esatta di tempo o quantità di abuso necessaria per causare la sindrome del colon catartico è sconosciuta. Pertanto, è importante esortare questi pazienti a cessare l'abuso di lassativi. Molto meno comunemente, i pazienti con bulimia promuovono l'eliminazione tramite l'uso di prodotti tipo clistere. I principali pericoli che ne derivano sono dovuti alle anomalie elettrolitiche ma anche a iperfosforemia fatale da parte dei principi attivi sodio-fosfato (Westmoreland et al, 2016).

CAPITOLO III: Disturbo da alimentazione incontrollata

Il disturbo da alimentazione incontrollata (BED) è una patologia caratterizzata da episodi di consumo di quantità maggiore del normale di cibo in breve tempo. Si presenta più comunemente negli individui obesi, ma non è limitato a loro. È più comune nelle donne rispetto agli uomini e di solito si manifesta intorno ai 23 anni. Secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), il disturbo da alimentazione incontrollata è caratterizzato dal consumo eccessivo di cibo rispetto a quello che altre persone assumerebbero in tempi e circostanze simili (di solito si prende come tempo di riferimento due ore) ed è associato ad una perdita di controllo nel mangiare e senso di colpa dopo aver mangiato. Per essere definito BED gli episodi di alimentazione incontrollata devono presentarsi con frequenza settimanale (almeno una volta alla settimana) per tre mesi e non devono verificarsi comportamenti compensatori. Per questo è una diagnosi diversa dalla bulimia nervosa. Generalmente, il disturbo da alimentazione incontrollata è associato a vari problemi psicologici tali da determinare un certo grado di compromissione della vita quotidiana e alcune gravi menomazioni. Disturbi medici generali come obesità, diabete, ipertensione e dolore cronico sono alcune delle sue condizioni di comorbidità. Il disturbo da alimentazione incontrollata può derivare da numerosi fattori psicologici, sociali, culturali e biologici. Alcuni fattori di rischio per il disturbo da alimentazione incontrollata includono: obesità infantile, abuso di sostanze, problemi di peso della famiglia e problemi alimentari, conflitti familiari e problemi genitoriali abuso fisico e sessuale, percezione distorta dell'immagine corporea. Dal punto di vista fisiopatologico il disturbo da alimentazione incontrollata ha la stessa neurobiologia del disturbo da uso di sostanze. Si verifica a causa della difficoltà nell'elaborazione della ricompensa e nel controllo inibitorio. Il modello prominente di regolazione degli affetti enfatizza il ruolo degli affetti negativi nel disturbo da alimentazione incontrollata. Secondo questo modello, gli episodi di abbuffata sono innescati da affetti negativi e forniscono sollievo da essi. L'ipotesi della dipendenza da cibo afferma che gli individui con elevata impulsività e sensibilità alla ricompensa sperimentano una risposta che crea dipendenza a determinati alimenti, ad esempio cibi ricchi di zuccheri e grassi (Iqbal & Rehman, 2021).

Oltre ai criteri diagnostici del DSM-5 che hanno dimostrato rilevanza clinica ed efficacia diagnostica, ci sono altre caratteristiche psicopatologiche, come può essere la sopravvalutazione del peso e della forma, che sono importanti per la pianificazione e l'esito del trattamento. La sopravvalutazione del peso e della forma corporea è presente nel 60% dei pazienti con BED ed è correlata a una maggiore compromissione psicosociale e ad una peggiore qualità della vita; per questo motivo, possono essere considerate sia uno specificatore diagnostico che un indice di gravità con rilevanza primaria per la diagnosi, la scelta del trattamento, la compromissione globale e l'esito. Gli individui con disturbo da alimentazione incontrollata, non hanno strategie efficaci per la gestione delle emozioni negative ed è stato ipotizzato che il mangiare venga utilizzato come strategia per regolare e/o modificare le emozioni negative. Tuttavia, studi recenti, definiscono gli episodi di abbuffata nel disturbo da alimentazione incontrollata come il risultato di uno squilibrio tra le emozioni e la regolazione degli impulsi causati da improvvisi aumenti di affetti e tensioni negativi, e/o una rapida diminuzione di affetti positivi. La perdita di controllo è una caratteristica fondamentale oltre ad essere associata a una maggior depressione e insoddisfazione del proprio corpo e peggiore qualità della vita. Gli episodi di abbuffata sono caratterizzati da una scelta alimentare prevalente di grassi, carboidrati, dolci e snack si pensa, sia innescato da restrizioni di cibi appetibili durante la vita quotidiana.

Il trattamento dei pazienti con BED, così come tutti i disturbi alimentari in generale, è determinato dalla complessa interazione di fattori genetici, psicologici e ambientali che dovrebbero essere presi in considerazione anche durante la pianificazione del trattamento. Le scelte terapeutiche perciò dovrebbero essere a carattere multidisciplinare, in modo tale da poter gestire al meglio i sintomi e le comorbilità che si presentano, oltre agli alti tassi di abbandono e al basso mantenimento dei risultati raggiunti, tipici del disturbo da alimentazione incontrollata. Generalmente sono pazienti caratterizzati da esperienze di bassa autostima, debole alleanza terapeutica che portano a insoddisfazione nel trattamento e l'interruzione precoce della terapia. Per evitare tutto ciò, il setting terapeutico dovrebbe essere il più possibile flessibile, e considerare le menomazioni psicologiche e fisiche. Inoltre, la decisione di cercare un trattamento dovrebbe essere preceduta dal rafforzamento della motivazione dei pazienti sulla loro condizione. La distribuzione giornaliera dell'assunzione dei pasti, dovrebbe essere

tenuta in considerazione per l'elaborazione di strategie dietetiche e/o comportamentali per gestire i sintomi e raggiungere gli obiettivi terapeutici. Secondo la letteratura è più promettente, fornire trattamenti gradualmente con livelli d'intensità crescente adattandoli alla gravità della malattia.

L'obiettivo principale è quello di ottenere l'astinenza dagli episodi di abbuffate e una perdita di peso sostenibile, oltre a promuovere l'educazione a un'alimentazione e stili di vita più sana. Il programma terapeutico dovrebbe promuovere inoltre, la modifica di pensieri e abitudini disfunzionali, l'aumento della comprensione e delle capacità di affrontare i conflitti e le emozioni negative e il trattamento delle comorbidità fisiche e psichiatriche e prevenzione delle ricadute. Per migliorare l'efficacia sulla perdita di peso, che non è un risultato primario del trattamento BED ma un fattore associato a una costante compromissione e comorbidità, alcune evidenze supportano l'associazione di trattamenti farmacologici e psicoterapeutici a interventi comportamentali, basati sul monitoraggio del peso e della dieta. L'astinenza incontrollata dovrebbe essere attuata all'inizio del trattamento in quanto promuove una perdita di peso significativa, tuttavia, nella maggior parte dei casi, il trattamento ha il focus principale sulla stabilizzazione del peso e non sulla perdita di peso. Anche il recupero del peso è un obiettivo critico per i pazienti con disturbo da alimentazione incontrollata, che riferiscono marcate fluttuazioni di peso e passano molto tempo cercando di perdere peso. La scarsa perdita di peso mostrata negli studi di letteratura può essere reinterpretata alla luce di una stabilizzazione del peso riuscita e di un'efficace prevenzione di un ulteriore recupero di peso.

I trattamenti comportamentali incentrati sulla modifica della dieta e dello stile di vita sono interventi di base utili per il trattamento del BED e sono paragonabili a terapie più complesse. La terapia dietetica è importante per favorire la perdita di peso, soprattutto nei pazienti con un'elevata insoddisfazione corporea e da una maggiore sopravvalutazione del peso e della forma corporea. Tuttavia, spesso gli episodi di abbuffata nel disturbo da alimentazione incontrollata possono essere innescati da un'eccessiva restrizione dietetica; perciò le restrizioni caloriche prescritte dovrebbero essere moderate e associate a una dieta normale o ipocalorica. La perdita di peso dovrebbe essere perseguita solo dopo la riduzione e/o stabilizzazione delle abbuffate e

scoraggiare i tentativi di perdita di peso velocemente a causa del rischio maggiore di recupero del peso in un secondo momento. Inoltre è importante tenere sempre presente durante la pianificazione, la scarsa compliance alla dieta poiché la sua gestione potrebbe consentire di raggiungere un controllo stabile sui comportamenti alimentari. L'attività fisica, associata alla dieta equilibrata, aiuta nel processo di dimagrimento sia per la sua azione diretta del aumentare il consumo di grassi che per l'azione inibitoria sull'eccessivo apporto di cibo. Tuttavia a causa delle condizioni cliniche spesso compromesse nei soggetti con BED, anche l'attività fisica dovrebbe essere svolta gradualmente e sotto controllo medico.

I trattamenti psicoeducativi hanno lo scopo di informare i pazienti sui diversi aspetti della loro malattia, con l'obiettivo di promuovere una maggiore comprensione e di conseguenza una gestione migliore. Questi interventi di informazione riguardano principalmente i fattori che predispongono, innescano e mantengono l'impulsività e/o perdita di controllo nell'alimentazione, gli effetti negativi del sovrappeso e di diete squilibrate e/o restrittive che ne derivano (Amianto, Ottone, Abbate Daga & Fassino 2015).

La valutazione del soggetto con disturbo da alimentazione incontrollata prevede una valutazione psichiatrica, medica (in cui si analizzano le comorbilità, i parametri relativi all'obesità e all'eccesso di peso corporeo) e nutrizionale. Il tipo di trattamento per il BED, l'impostazione della terapia e il professionista sanitario coinvolto dipendono dall'obiettivo del trattamento. Generalmente gli obiettivi da raggiungere riguardano il peso corporeo eccessivo, episodi di abbuffata, l'estrema preoccupazione per la propria immagine corporea, patologie psichiatriche concomitanti (ansia, uso di sostanze, depressione). Le opzioni di trattamento sono due: psicoterapia e/o farmacoterapia. La psicoterapia è il trattamento di prima scelta in quanto secondo alcuni studi clinici, ha un effetto più significativo della farmacoterapia. Le forme di psicoterapia tra cui scegliere sono:

- a) Terapia cognitivo-comportamentale: viene garantita dal medico o da un programma di auto-aiuto senza il coinvolgimento del medico. È ben tollerata e mantiene la remissione per 1 o 2 anni. Un rapido cambiamento nei sintomi è un buon segno prognostico. La CBT basata sull'auto-aiuto viene garantita

all'interno delle cure primarie o cliniche specializzate nel trattamento dei disturbi alimentari. Si basa sulla creazione di un modello di alimentazione regolare, monitoraggio delle abitudini alimentari del soggetto, apprendimento di tecniche di autocontrollo e di risoluzione dei problemi in maniera efficace.

- b) Psicoterapia interpersonale: può essere svolta sia in gruppo che individualmente. Si focalizza principalmente non sulla perdita di peso in generale, ma nelle modificazioni del peso corporeo dovute all'interruzione delle abbuffate. In alcuni casi può essere associata alla CBT se la persona presenta oltre alla BED anche problemi interpersonali, bassa autostima e perfezionismo.
- c) Terapia comportamentale dialettica: consiste nell'educare i pazienti nelle abilità necessarie per saper gestire i comportamenti associati alla disregolazione emotiva. Questa terapia solitamente, aiuta i pazienti a bilanciare sentimenti, comportamento e il pensiero dicotomici.

La farmacoterapia deve essere utilizzata come terapia di prima linea nei pazienti che non hanno accesso alla psicoterapia, preferiscono l'assunzione di farmaci, rifiutano la psicoterapia. I farmaci che possono essere utilizzati sono: inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, farmaci antiepilettici, farmaci per il disturbo da deficit di attenzione. La gestione di questi pazienti, dovrebbe avvenire con un team interprofessionale tra cui medico, psicologo, psichiatra, farmacista, nutrizionista, assistente sociale, professionista nell'educazione, endocrinologo e infermieri. La consulenza con il nutrizionista ha un ruolo importante per quanto riguarda l'organizzazione e la pianificazione dei pasti giornalieri, oltre alla terapia comportamentale per la perdita di peso. Il coinvolgimento dello psicologo è dettato principalmente dal fatto il soggetto con BED spesso presenta condizioni psicopatologiche comorbili. Gli infermieri bariatrici e psichiatrici sono coinvolti nell'educazione dei pazienti e della famiglia, oltre al monitoraggio e documentazione per tutto il team professionale. I farmacisti valutano l'adeguatezza, il dosaggio e le possibili interazioni farmacologiche dei farmaci prescritti, che eventualmente saranno segnalate a tutto il team. I medici devono essere a conoscenza del fatto che i pazienti con BED sono maggiormente soggetti a provare vergogna, stigma e trovano angosciante dividerli con l'equipe, pertanto è indispensabile impostare una comunicazione corretta con il paziente e la sua famiglia trattando con cura temi quali il peso corporeo e

l'aspetto fisico del paziente stesso. Il medico e tutti i membri dell'equipe devono mostrare empatia, rispetto e compassione e fornire informazioni adeguate per il disturbo da alimentazione incontrollata. Anche i familiari dei pazienti, i tutori e gli insegnanti dovrebbero essere incoraggiati a sostenere il paziente durante il trattamento. I familiari dei pazienti dovrebbero anche essere sottoposti a valutazione per disturbo alimentare, salute mentale e supporto pratico e il team dovrebbe offrire piani di emergenza se il paziente è ad alto rischio di un evento psichiatrico (Iqbal et al, 2021)

Diversi studi, suggeriscono che sia un legame tra i sintomi depressivi, umore triste acuto e comportamento da alimentazione incontrollata e indicano che livelli maggiori di depressione sono correlati ad un'alimentazione incontrollata più grave. In particolare la maggioranza dei pazienti con BED manifestano almeno un disturbo psichiatrico e disturbi dell'umore e/o stati d'ansia (dal 67% al 79%). Oltre al peggioramento generale dell'umore gli studi rivelano che in particolar modo le donne con BED, hanno l'umore depresso (cioè eccessiva tristezza) nel periodo che precede direttamente gli episodi di abbuffata. Oltre alla tristezza hanno un ruolo importante nel disturbo da alimentazione incontrollata anche altre emozioni come rabbia/frustrazione, ansia (in forma minore rispetto alle altre), tristezza/depressione che nel complesso rappresentano il 95% delle emozioni che precedono le abbuffate. La rabbia e/o la frustrazione determinano il "bisogno" di abbuffarsi più spesso rispetto alla tristezza e/o alla depressione. Altri studi invece, evidenziano che problemi interpersonali determinano un maggiore affetto negativo che scatena le abbuffate. Normalmente le persone utilizzano diverse strategie di regolazione delle emozioni (capacità che ha una persona di gestire e/o rispondere coerentemente agli eventi della vita quotidiana) per far fronte a degli eventi difficili; ci sono persone che usano metodi adattivi che consentono di attenuare e/o modulare queste emozioni, altre invece usano metodi disadattivi come ad esempio nel binge eating (le abbuffate vengono usate come strumento per ridurre le emozioni negative). Molti modelli infatti suggeriscono che i pazienti con BED utilizzino proprio il binge eating per la mancanza di strategie di regolazione migliori, per questo secondo questi studi il problema non è rappresentato dalle emozioni negative ma piuttosto dalla mancanza di strategie adattive. Alcuni esempi di strategie adattive/disadattive sono rivalutazione, risoluzione, accettazione, evitamento, ruminazione e soppressione. La rivalutazione è una strategia adattiva che consiste nel creare interpretazioni positive su

una situazione stressante in modo tale da ridurre l'impatto emotivo che l'evento ha sul soggetto stesso. Anche la risoluzione dei problemi è una strategia adattiva e consiste nel cambiare una situazione stressante o cercare di contenere le sue conseguenze. Tra le strategie disadattive troviamo la soppressione usata in modo particolare dai pazienti con disturbi alimentari che focalizza la sua attenzione sulla risposta, cioè sull'espressione delle emozioni invece che sulla loro esperienza che viene ridotta; pertanto è efficace solo a breve termine dopo di che diventa inefficace. Questa strategia porta a una maggior eccitazione fisiologica che non porta alla riduzione delle emozioni. Un'altra strategia disadattiva associata in particolare al BED è la ruminazione, utilizzata nel tentativo di comprendere e/o risolvere i problemi. Per questo le strategie disadattive nel controllo delle emozioni nei soggetti con disturbo da alimentazione incontrollata porta non solo al disturbo alimentare ma determina anche altri comportamenti come abuso di sostanze, controllo degli impulsi e autolesionismo (Dingemans, Danner, & Parks, 2017).

CAPITOLO IV: TERAPIA

Terapia cognitivo-comportamentale (CBT)

L'approccio psicosociale al trattamento e alla prevenzione delle ricadute è fondamentale. Gli interventi psicosociali sono importanti per trattamenti efficaci dei disturbi alimentari a lungo termine, poiché affrontano i fattori psicologici e sociali coinvolti nell'insorgenza e nel mantenimento di questi disturbi. La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) rappresenta uno dei principali trattamenti per i disturbi alimentari. Il modello di CBT per i disturbi alimentari si basa sul fatto che le convinzioni disfunzionali (riguardanti la magrezza e l'insoddisfazione per la forma fisica e il peso corporeo) mantengono il comportamento alimentare anormale e le caratteristiche correlate, come la purgazione e l'abuso di lassativi, diuretici e pillole dimagranti. L'approccio alla terapia cognitivo-comportamentale è multimodale e comprende consulenza nutrizionale, psicoeducazione, automonitoraggio, nonché interventi cognitivi e comportamentali. L'analisi del contesto familiare è molto rilevante, soprattutto nei bambini e negli adolescenti a rischio. È noto che gli interventi che mirano a un miglioramento rapido e tempestivo, concentrandosi solo sulla consulenza nutrizionale o sui farmaci, spesso non sono efficaci; quindi, l'approccio dei fattori individuali, familiari e sociali è necessario per ottenere e mantenere sia la perdita di peso che il recupero, a seconda del tipo di disturbi alimentari. (Barrueco Costa, & Melnik, 2016)

Gli approcci di terapia familiare indicano una serie di interventi derivanti da diverse teorie, che coinvolgono la famiglia nel trattamento insieme al paziente stesso. Ci sono sia terapie sviluppate sulla base delle teorie dei sistemi familiari dominanti che approcci che comprendono un focus di ristrutturazione cognitiva. I primi modelli di terapia familiare erano basati su modelli che credevano nell'esistenza di processi familiari specifici e, interagendo con la vulnerabilità del bambino innescava il disturbo alimentare (un esempio è il modello familiare psicosomatico di Minuchin del 1975), ma l'evidenza empirica a sostegno di questi modelli non è convincente. È importante evidenziare che, mentre alcuni studi hanno dimostrato un'associazione tra i disturbi alimentari e l'ambiente o il funzionamento (come attaccamento, stile genitoriale, comunicazione conflitto) ma questo non implica che siano la causa scatenante di AN.

Gli attuali modelli di terapia familiare per i disturbi sottolineano che le famiglie sono prima di tutto una risorsa piuttosto che un obiettivo di trattamento. La teoria dei sistemi familiari descrive come le dinamiche/i processi familiari possono contribuire allo sviluppo e/o mantenimento dei problemi all'interno del sistema familiare. Le 2 teorie principali sono: la terapia familiare strutturale e la terapia familiare strategica. La terapia familiare strutturale (Minuchin 1974) esamina e sfida le dinamiche familiari disfunzionali, secondo questa teoria l'AN è vista come conseguenza di una struttura familiare troppo coinvolta rigida e che evita i conflitti, si pensa che questi fattori si combinano tra loro determinando una predisposizione fisiologica allo sviluppo di anoressia nervosa. Lo scopo della terapia familiare strutturale è quello di alterare di proposito i processi familiari che innescano il problema e di conseguenza trattare l'anoressia nervosa. I processi familiari vengono valutati durante la seduta di terapia e i sottosistemi all'interno dell'intera famiglia. Questo approccio è stato il primo a sottolineare l'importanza di includere la famiglia nel trattamento e di affrontare alcuni dei modelli problematici che erano presenti. La terapia familiare strategica invece si focalizza sull'induzione di un cambiamento dei sintomi dell'AN e sul riconoscimento dell'effetto che ha la malattia su tutti i membri della famiglia. Vengono messi in discussione i processi familiari disfunzionali mentre viene mantenuta l'attenzione sulla comunicazione e la risoluzione dei problemi con metodi come la riformulazione e l'intervento paradossale. Gli interventi di terapia familiare strategica possono essere utilizzati in altre forme di terapia individuale/familiare per gestire difficoltà familiari. I modelli attuali, che vengono raggruppati sotto il nome di terapia basata sulla famiglia (FBT) invece, ignorano il fatto che le dinamiche familiari siano un agente eziologico dell'AN, e si focalizza sull'aspetto comportamentale ed educativo. La terapia basata sulla famiglia ha l'obiettivo di assistere le famiglie per aiutarle della gestione dei membri della famiglia con anoressia nervosa incoraggiando i genitori/caregiver ad attuare strategie che promuovano l'assunzione di cibo e limitino l'esercizio fisico. Il trattamento prevede tre fasi principali: una prima fase in cui l'obiettivo è la rialimentazione (corretto apporto calorico e nutrizionale) per garantire il ripristino del peso. Ciò si ottiene dando ai genitori/tutori la responsabilità dei modelli alimentari e evidenziando l'incapacità del membro della famiglia con AN di controllare i modelli alimentari a causa degli effetti della fame. Pertanto I genitori/tutori hanno la

responsabilità di rialimentarsi e il terapeuta fornisce supporto e incoraggiamento continui. Nella seconda fase, il paziente con anoressia nervosa, sviluppa una sua indipendenza nel mangiare, mentre i genitori/tutori perdono l'attenzione dal cibo. In questa fase viene fornita inoltre assistenza per contrastare/trattare i problemi familiari e psicologici che interferiscono con il ripristino del peso e la rialimentazione. La terza fase, tratta tutte le preoccupazioni che non sono direttamente correlate all'insorgenza di AN, ma che sono correlate allo sviluppo del soggetto adolescente, incluso il ristabilimento di sani confini familiari. La terapia familiare strategica può essere ulteriormente suddivisa in terapia familiare congiunta e la terapia familiare separata. La terapia familiare congiunta si verifica quando le sessioni di terapia coinvolgono sia la persona con il DA che la sua famiglia. La terapia familiare separata o consulenza familiare si verifica quando il paziente con AN e la sua famiglia vengono visti in sessioni di terapia separati. Un'ulteriore terapia descritta in letteratura è la terapia dei sistemi comportamentali familiari (BFST) che prevede come la FBT tre fasi di trattamento. La differenza principale tra le due tipologie sta nell'attenzione della ristrutturazione cognitiva che viene usata per ridurre problematiche su cibo e peso. Oltre ciò, aiuta le famiglie a ridurre quelle dinamiche e processi problematici (come intreccio, triangolazione e coalizioni) mediante la psicopatologia dei disturbi alimentari, i modelli comportamentali e i problemi nella struttura familiare. (Fisher, Skocic, Rutherford, & Hetrick, 2019).

L'efficacia degli interventi psicosociali per i disturbi alimentari può variare a seconda delle caratteristiche cliniche dei pazienti, come il livello di cronicità e le comorbidità biologiche e psicosociali. Tenendo conto dell'eziologia multifattoriale dei disturbi alimentari e dell'elevata prevalenza di forme subcliniche, le indagini stanno sempre più indirizzando gli interventi per prevenire lo sviluppo di questi disturbi considerando i fattori di rischio individuale, familiare e sociale. (Barrueco Costa et al, 2016)

Farmacoterapia

Come per altri disturbi psichiatrici, il trattamento per i disturbi alimentari vede la combinazione tra FBT e farmacoterapia. Tuttavia, c'è un forte dibattito riguardante l'efficacia e/o il miglioramento dei risultati e la gestione dei disturbi alimentari mediante l'uso di farmaci. Per l'AN, recenti studi hanno dimostrato che l'aggiunta di

fluoxetina o altri antidepressivi inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), non hanno portato nessun beneficio terapeutico oltre alla CBT mentre, al contrario, per BN e BED è stato dimostrato che la farmacoterapia con o senza psicoterapia offre più opportunità di trattamento a lungo termine (Westmoreland et al, 2016). Nonostante la prevalenza dei sintomi d'ansia nei pazienti con anoressia nervosa, i farmaci utilizzati per il trattamento non riducono questi sintomi. Si ritiene che la scarsa risposta alla somministrazione di antidepressivi sia dovuta ad una alterazione nei recettori della serotonina, causata dalla sensazione di fame cronica. C'è un ulteriore dibattito per l'anoressia nervosa che riguarda la reale efficacia dei farmaci antipsicotici. Gli antipsicotici atipici a basso dosaggio sono efficaci nel trattamento delle convinzioni deliranti sull'immagine corporea, ruminazioni intense di cibo, l'ipereccitazione e l'ansia dovute al dover affrontare da parte del soggetto il ripristino del peso fisiologico. Ciò si basava sul fatto che questi farmaci promuovono l'aumento di peso nelle persone normopeso, ma dagli studi è emerso che non hanno lo stesso effetto nei pazienti con anoressia nervosa. Gli antipsicotici di prima generazione (antipsicotici tipici) provocano una riduzione delle convulsioni; mentre gli antipsicotici di seconda generazione (antipsicotici atipici) determinano inoltre, effetti collaterali come ortostasi, QTC alterato ed epatotossicità. La farmacoterapia per la bulimia è ben consolidata.

La fluoxetina cloridrato è stata approvata nel 1987 dalla FDA (Food and Drug Administration), per il trattamento del disturbo depressivo maggiore, disturbo ossessivo compulsivo e il trattamento acuto del disturbo da panico con o senza agorafobia. Nel 1994, è stata approvata anche per il trattamento di BN; con dosaggio ≥ 60 mg/die la fluoxetina ha determinato una riduzione degli episodi di abbuffata e vomito per le prime 7 settimane di trattamento. La fluoxetina è inoltre efficace per il mantenimento a lungo termine nel controllo delle eventuali ricadute in BN. La lisdexamfetamina dimesilato, è stata approvata dalla FDA nel 2007 per il mantenimento del disturbo da deficit di attenzione e iperattivo; nel 2015 la FDA l'ha approvata anche come unico farmaco disponibile per il trattamento del BED. La lisdexamfetamina ha determinato una riduzione significativa degli episodi di abbuffate. Lo studio ha inoltre evidenziato che, nel trattamento a lungo termine, il farmaco porta all'insorgenza di eventuali eventi avversi come secchezza delle fauci, infezioni del tratto respiratorio superiore e rinfaringite. (Bello & Yeomans, 2018)

CAPITOLO V: L'infermiere

I disturbi alimentari, sono uno dei problemi di salute più diffusi che colpisce la popolazione adolescente, in particolare quella femminile; ma nonostante la sua incidenza ad oggi, è ancora sottodiagnosticato e inoltre spesso i pazienti hanno un accesso alle strutture/servizi in ritardo. I disturbi alimentari sono patologie che, data la loro complessità necessitano di trattamenti multidisciplinari e multiprofessionali (psichiatri, psicologi, nutrizionisti, medici di base, internisti, endocrinologi, pediatri, neuropsichiatri infantili). Esistono diverse linee guida per la diagnosi e il trattamento dei DA, come quelle dell'American Psychiatric Association (APA) e del National Institute of Clinical Excellence (NICE) che si basano su un approccio con team specializzato e valutazione multidimensionale della persona (clinica, psicologica e sociale). In Italia i pazienti con DA, sono trattati secondo le raccomandazioni della Conferenza Nazionale del 2012 associata alle linee guida APA e NICE. Ogni sistema sanitario locale ha a disposizione un servizio specialistico multidisciplinare a livello territoriale per garantire servizi di prevenzione, terapia e riabilitazione; inoltre deve essere garantita l'attività ambulatoriali, programmazione dei ricoveri e le attività di riabilitazione in day hospital ed eventuali ricoveri per cure residenziali presso strutture sanitarie specialistiche. La rete assistenziale per riuscire a garantire la continuità terapeutica, deve essere organizzata in 5 livelli:

- Primo livello: costituito da MMG e pediatra
- Secondo livello: clinica specialistica ospedaliera
- Terzo livello: day service, day hospital (diagnostico, terapeutico e riabilitativo) e day center
- Quarto livello: riabilitazione residenziale intensiva e comunità terapeutica riabilitativa
- Quinto livello: ricoveri ospedalieri ordinari e/o urgenti

Dalle varie linee guida emerge che l'infermiere e il Case/Care Manager (CCM) hanno un ruolo fondamentale per quanto riguarda la presa in carico del soggetto poiché fungono da anello di connessione tra l'ospedale e il territorio. L'infermiere e il Case/Care Manager hanno un ruolo centrale nel trattamento. Il CCM ha l'obiettivo di soddisfare i bisogni bio-psico-sociale dalla persona attraverso la corretta gestione del

percorso assistenziale e il coordinamento dei servizi sanitari e di assistenza sociale. Il CCM garantisce una gestione globale, in particolare garantisce supporto al paziente durante tutto il percorso e pianifica e assicura l'attuazione delle cure, valuta i risultati raggiunti e garantisce un alto livello di collaborazione tra i professionisti coinvolti (sanitari, socio-assistenziali e territoriali). Il CCM fa parte del team multiprofessionale e come membro ha il ruolo di coordinamento sia clinico che manageriale ed educativo. Per questo, il CCM interviene in diversi contesti assistenziali: ambulatoriale, day hospital, ospedale, assistenza residenziale e semiresidenziale. Il CCM contribuisce a migliorare la qualità della vita del paziente attraverso la pianificazione e l'identificazione degli obiettivi assistenziali. L'infermiere è il professionista che svolge un ruolo fondamentale del processo assistenziale dei DA, in quanto favoriscono l'instaurarsi una buona relazione terapeutica mediante atteggiamenti di ascolto e rassicuranti nei confronti del paziente. In particolare, nell'ambito dell'assistenza il comportamento e/o gli atteggiamenti dell'infermiere mira ad incoraggiare il dialogo e l'ascolto attivo, creando così un'alleanza terapeutica; l'assistenza si focalizza sui bisogni del paziente e assistendo e sostenendo la famiglia mediante comprensione ed empatia. L'infermiere CCM integra le competenze personali, professionali, comunicative e relazionali per aumentare l'efficacia del trattamento per il raggiungimento degli obiettivi. Generalmente l'accesso alle strutture specialistiche avviene su richiesta diretta del paziente, del MMG, o del pronto soccorso, SPDC o altri reparti ospedalieri. Sulla base delle valutazioni viene pianificato un percorso individualizzato che può essere a livello ambulatoriale, o ricovero in day hospital, ricovero in reparto ospedaliero o SPDC per le situazioni più gravi. Gli infermieri rappresentano una figura importante per tutti i membri dell'equipe poiché svolgono un ruolo indispensabile nel processo di recupero e nel programma terapeutico rispettando i principi di adeguatezza e appropriatezza professionale, con elevata professionalità e capacità relazionale. Perciò l'infermiere deve essere professionalmente preparato e in grado di trattare la persona sia da un punto di vista clinico che relazionale, oltre a saper lavorare e collaborare a stretto contatto con gli altri professionisti del team.

Degli studi evidenziato l'importanza del lavoro di squadra e la partecipazione attiva dell'infermiere all'intero processo assistenziale. Per far sì che il lavoro multidisciplinare porti dei benefici ai pazienti e riduca i tempi di trattamento è necessario far interagire tra

i vari professionisti. Pertanto è indispensabile che le diverse attività dei professionisti sanitari siano coordinate e le decisioni prese devono essere condivise con tutti i membri. Il CCM è al centro del team multiprofessionale, accompagna il paziente lungo tutto il percorso terapeutico (sia a livello ospedaliero che a livello territoriale), partecipa nelle decisioni, assicura collaborazione tra i professionisti. Il CCM valuta i risultati raggiunti, proponendo soluzioni alternative alle metodologie consolidate se necessario, qualora presentino degli ostacoli, inoltre collabora al coordinamento dell'equipe, monitorando la pianificazione e la richiesta dei servizi tempestiva ed efficiente preservando così l'interesse del paziente e contemporaneamente la sostenibilità del sistema sanitario. (Foà, Bertuol, Deiana, Rossi, Sarli, & Artioli, 2019)

Il modello di adattamento Roy

Gli infermieri hanno la responsabilità della valutazione del peso corporeo e della corretta applicazione dei protocolli e svolgono un ruolo critico durante tutta la durata del trattamento mediante i rapporti quotidiani con il paziente. Per questo motivo, gli infermieri devono instaurare e mantenere un buon rapporto terapeutico con i loro pazienti; inoltre svolgono un duplice ruolo, sia come membri del team multidisciplinare che come figura che protegge i diritti del paziente. Pertanto si ritiene che per promuovere l'alleanza terapeutica sia necessario rispettare i principi di coerenza, franchezza, empatia, rispetto e trasparenza. Il Roy Adaptation Model (RAM) è un modello teorico che si fonda su ipotesi filosofiche, scientifiche e culturali; negli ultimi 50 anni, è stato utilizzato come guida per l'educazione interdisciplinare da fornire al paziente con AN. Le ipotesi filosofiche si ispirano ai principi generali di umanesimo e unità cosmica, secondo cui l'essere umano ha comportamenti mirati alla realizzazione di relazioni e a mantenere una propria integrità. Le ipotesi scientifiche si basano sul fatto che gli individui abbiano interazioni complesse tra loro e/o con l'universo. Le ipotesi culturali invece, sono costituite dall'integrazione di esperienze, bisogni e culture diverse. Pertanto i concetti della RAM sono: l'individuo viene visto come un sistema adattivo, cioè un insieme di parti (organi o apparati) che lavorano simultaneamente per raggiungere un obiettivo; l'ambiente inteso come insieme di condizioni e circostanze che influenzano lo sviluppo e il comportamento delle persone. A questi si aggiungono la salute vista come stato o processo di essere e diventare integrati e completi. L'obiettivo dell'assistenza infermieristica è migliorare i processi vitali per promuovere

l'adattamento, cioè il processo e/o risultato che le persone usano mediante scelte consapevoli per determinare l'integrazione tra gli individui e con l'ambiente. Una persona con AN interagisce costantemente con l'ambiente e in risposta agli stimoli attiva meccanismi di difesa che però risultano inefficaci. La capacità di ciascun individuo di adattarsi agli stimoli dipende dal livello di adattamento della persona stessa. Per questo, l'infermiere deve conoscere i processi vitali, i modelli e le risposte di salute funzionali, in modo tale da poter attuare gli interventi infermieristici allo scopo di promuovere un'alterazione nelle risposte, nei modelli e nei processi vitali nell'individuo con AN. L'applicazione della RAM nella gestione dei pazienti con AN durante il trattamento acuto, porta ad una maggior comprensione che il recupero del peso corporeo non è un evento isolato, ma rappresenta il risultato di un processo adattativo. Nelle persone con AN la restrizione dell'apporto calorico con conseguente calo di peso rappresenta un modo per gestire le proprie emozioni e nel tempo diventa un meccanismo di difesa acquisito e una strategia di coping indispensabile per la sopravvivenza. In realtà questi comportamenti, determinano l'effetto contrario, cioè compromettono seriamente lo stato di salute che si manifesta con malnutrizione, disidratazione / iperidratazione, squilibrio elettrolitico e acidosi o alcalosi metabolica. Pertanto durante il trattamento l'aumento di peso viene percepito come una minaccia che supera la capacità dei pazienti stessi di gestire le emozioni. Durante il trattamento acuto, l'obiettivo della RAM e dell'assistenza infermieristica è identificare i livelli di adattamento dei singoli pazienti, le capacità di coping, identificare comportamenti e stimoli che influenzano il ripristino del peso e fornire gli interventi specifici. Le persone con AN, spesso vanno incontro ad uno sviluppo inefficace delle relazioni e un supporto della società insufficiente per quanto riguarda l'affetto e le esigenze di relazione; sarà compito dell'infermiere promuovere le interazioni con i coetanei, incoraggiare il sostegno da e per i coetanei e raccomandare coinvolgimento attivo nelle attività sociali nel trattamento e anche al di fuori. Dal punto di vista fisiopatologico è compito dell'infermiere monitorare i segni vitali, il peso corporeo e l'apporto calorico; una conoscenza continua e regolare sulla nutrizione e l'equilibrio idro-elettrolitico ed acido-base serve da guida agli interventi infermieristici per ristabilire l'omeostasi ed evitare la sindrome da rialimentazione. Gli interventi infermieristici dovrebbero focalizzarsi anche sull'autonomia e sul senso di controllo; durante il trattamento è importante che i

pazienti provino senso di iniziativa e volontà che porteranno ad una graduale accettazione del cambiamento e di conseguenza a migliori risultati. Rispetto al monitoraggio della forma e sopravvalutazione del peso, il ruolo dell'infermiere è quello di valutare i comportamenti e gli stimoli e con la collaborazione del paziente stesso sfidare aspetti specifici della forma e della sopravvalutazione del peso come spinta alla magrezza o spinta alla muscolosità e alla magrezza. Nel complesso, gli infermieri hanno un ruolo fondamentale nel promuovere un cambiamento in tutte le aree funzionali e non concentrarsi esclusivamente nell'aumento di peso. (Jennings, 2017)

Diagnosi infermieristiche

Coping inefficace (00069)

Definizione: incapacità di effettuare una idonea valutazione degli agenti stressanti, inadeguatezza nella scelta di risposte pratiche e/o incapacità di utilizzare le risorse disponibili.

NOC: coping (1302), adattamento psicosociale ai cambiamenti della vita (1305), capacità decisionale (0906)

NIC: addestramento al controllo degli impulsi (4370), miglioramento del coping (5230), sostegno nel processo decisionale (5250)

Rischio di alterazione dell'integrità cutanea (00047)

Definizione: vulnerabilità all'alterazione dell'epidermide e/o del derma, che può compromettere la salute

NOC: integrità tissutale: cute e mucose (1101), stato nutrizionale (1004)

NIC: gestione della nutrizione (1100), prevenzione delle ulcere da pressione (3540), sorveglianza della cute (3590)

Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico (00002)

Definizione: assunzione di nutrienti insufficiente a soddisfare il fabbisogno metabolico

NOC: stato nutrizionale (1004)

NIC: assistenza nell'aumento di peso corporeo (1240), gestione della nutrizione (1100), monitoraggio nutrizionale (1160), terapia nutrizionale (1120),

Disturbi dell'immagine corporea (00118)

Definizione: confusione del quadro mentale del proprio sé fisico

NOC: autostima (1205), immagine corporea (1200), sviluppo del bambino/ragazzo: 12-17 anni (0109)

NIC: educazione dei genitori: adolescente (5562), miglioramento dell'autostima (5400), valorizzazione dell'immagine corporea (5220)

Rischio di stipsi (00015)

Definizione: vulnerabilità a una riduzione della abituale frequenza di eliminazione intestinale, associata a defecazione difficoltosa o incompleta, che può compromettere la salute.

NOC: eliminazione fecale (0501)

NIC: identificazione dei rischi (6610), sostegno nella gestione della funzione intestinale (0430), gestione della nutrizione (1100)

Mucosa orale compromessa (00045)

Definizione: lesione delle labbra, dei tessuti molli, del cavo orale e/o dell'orofaringe

NOC: integrità tissutale: cute e mucose (1101), salute del cavo orale (1100), idratazione (0602), stato nutrizionale (1004)

NIC: assistenza nella cura di sé (1800), gestione dei liquidi (4120), gestione della nutrizione (1100), promozione della salute del cavo orale (1720), ripristino della salute del cavo orale (1730)

Paura (00148)

Definizione: risposta a una minaccia percepita che è consapevolmente riconosciuta come pericolo.

NOC: autocontrollo della paura (1404), livello di paura (1210), livello di agitazione (1214),

NIC: intervento in caso di crisi (6160), miglioramento del coping (5230), miglioramento della sicurezza (5380), riduzione dell'ansia (5820).

Ansia (00146)

Definizione: vago senso di disagio o di timore, accompagnato da risposte autonome; senso di apprensione causato dalla percezione di un pericolo. Rappresenta un segnale che avverte dell'imminenza di un pericolo e permette alla persona di adottare misure idonee ad affrontare la minaccia.

NOC: autocontrollo dell'ansia (1402), coping (1302), livello di ansia (1211)

NIC: miglioramento del coping (5230), riduzione dell'ansia (5820), sostegno emozionale (5270)

Coping compromesso della famiglia (00063)

Definizione: una persona che generalmente rappresenta il riferimento primario, fornisce all'assistito un sostegno, un conforto, aiuto o incoraggiamento

NOC: ritorno alla normalità della famiglia (2604), sostegno della famiglia durante il trattamento terapeutico (2609)

NIC: counselling (5240), mantenimento dei processi familiari (7130), miglioramento del coping (5230), mobilitazione della famiglia (7120) (Wilkinson, 2017).

Conclusioni

I disturbi alimentari rappresentano una delle problematiche sanitarie e sociali maggiormente diffuse non solo in Italia, ma a livello mondiale; oltre ad essere una categoria patologica molto complessa in virtù delle numerose complicanze di carattere sia medico che psichiatrico associate. Per questo motivo è indispensabile il coinvolgimento di un'equipe multidisciplinare (in cui troviamo nutrizionisti, psicologi, psichiatri, infermieri, dietologi...) per monitorare l'evoluzione della malattia e garantire un'assistenza ottimale che risponda sempre di più ai requisiti di appropriatezza, efficacia ed efficienza. La letteratura afferma inoltre, unanime che un ruolo chiave è svolto dai genitori degli adolescenti con DA in quanto questi rappresentano la fetta di popolazione più ampia colpita per cui una corretta gestione domiciliare è di fondamentale importanza. Per questo è importante informare correttamente i familiari nella corretta gestione domiciliare del paziente con DA, aiutandoli a mettere in atto interventi che promuovano la sana alimentazione e riduca il ricorso all'attività sportiva per il controllo del peso. L'infermiere rappresenta il punto cardine tra la collaborazione tra i professionisti sanitari e i genitori oltre ad avere un ruolo nel rapporto con il paziente stesso. Ad oggi, ancora non esistono farmaci specifici per il trattamento di queste malattie anche se la letteratura afferma che alcuni farmaci utilizzati quali antidepressivi e/o antipsicotici risultano essere moderatamente efficaci nel trattamento di alcuni sintomi, in quanto sono prettamente di carattere psicologico. L'infermiere assiste i pazienti sia a livello ospedaliero nei reparti dedicati sia a livello territoriale ambulatorialmente che nelle strutture residenziali o semiresidenziali. Pertanto risulta estremamente importante impostare un'assistenza specifica per questi pazienti garantendo la continuità terapeutica dopo la dimissione ospedaliera in modo tale da migliorare e promuovere la completa guarigione da parte del soggetto. Inoltre l'infermiere ha un ruolo importante nel monitoraggio del peso corporeo oltre ad essere il principale responsabile nell'individuare quali sono i reali bisogni del paziente e su cui impostare un piano terapeutico individuale. Concludendo, questa ricerca bibliografica può affermare che i disturbi alimentari sono ancora poco conosciuti e per questo sottodiagnosticati, una maggior diffusione del problema aiuterebbe sia nella diagnosi precoce che nel riconoscimento dei sintomi permettendo l'inizio del percorso terapeutico.

Sitografia e bibliografia

- American Psychiatric Association (APA) (2021). Disponibile in: <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders> [marzo 2021].
- Amianto, F., Ottone, L., Daga Abbate, G., & Fassino, S., (2015). *Diagnosi e trattamento del disturbo da alimentazione incontrollata: un riepilogo di fronte al DSM-5*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25885566/> [3 aprile 2015].
- Barrueco Costa, M., & Melnik, T., (2016). *Efficacia degli interventi psicosociali nei disturbi alimentari: una panoramica delle revisioni sistematiche*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27462898/> [aprile-giugno 2016].
- Bello, N. T., & Yeomans, B. L., (2018). *Sicurezza delle opzioni di farmacoterapia per la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29053927/> [17 gennaio 2018].
- Claudino, A. M., Pike, K. M., Hay, P., Keeley, J. W., Evans, S. C., Rebello, T. J., Bryant-Waugh, R., Dai, Y., Zhao, M., Matsumoto C., Herscovici C. R., Mellor-Marsà, B., Stona, A.-C., Kogan, C. S., Andrews, H. F., Monteleone, P., Pilon, D. J., Thiels, C., Sharan, P., Al-Adawi, S., & Reed Geoffrey M. (2019). *La classificazione dei disturbi dell'alimentazione e dell'alimentazione nell'ICD-11: risultati di uno studio sul campo confrontando le linee guida ICD-11 proposte con le linee guida ICD-10 esistenti*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31084617/> [14 maggio 2019].
- Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M., (2017). *Regolazione delle emozioni nel disturbo da alimentazione incontrollata: una revisione*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29165348/> [22 novembre 2017].
- Fisher, C. A., Skocic, S., Rutherford, K. A., & Hetrick, S. E. (2019). *Approcci di terapia familiare per l'anoressia nervosa*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31041816/> [1 maggio 2019].

- Foà, C., Bertoul, M., Deiana, L., Rossi, S., Sarli, L., & Artioli, G., (2019). *Il Case/Care Manager in Eating Disorders: il ruolo e le responsabilità dell'infermiere*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31714497/> [11 novembre 2019].
- Hail, L., & Le Grange D., (2018). *Bulimia nervosa negli adolescenti: prevalenza e sfide di trattamento*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29379324/> [4 gennaio 2018].
- Iqbal, A., & Rehman, A., (2021). *Disturbo da alimentazione incontrollata*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31869164/> [6 gennaio 2021].
- Jain, A., & Yilanli M., (2020). *Bulimia nervosa*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32965849/> [15 dicembre 2020].
- Jennings, K. M., (2017). *Il modello di adattamento Roy: un quadro teorico per gli infermieri che forniscono assistenza agli individui con anoressia nervosa*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28825933/> [ottobre 2017].
- Ministero della Salute (2020a). *Disturbi dell'alimentazione*. Disponibile in: <http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=Salute+donna&menu=patologie> [9 ottobre 2020].
- Ministero della salute (2020b). *I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono patologie complesse che portano la persona ad avere un rapporto distorto con cibo, peso e immagine corporea*. Disponibile in: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=63&area=Disturbi_psichici [9 ottobre 2020].
- Schorr, M., & Miller, K. K., (2016). *Le manifestazioni endocrine dell'anoressia nervosa: meccanismi e gestione*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27811940/> [4 novembre 2016].
- Sekula, M., Boniecka I., & Paśnik, K. (2019). *Bulimia nervosa in pazienti obesi qualificati per chirurgia bariatrica: quadro clinico, contesto e trattamento*. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31534571/> [16 gennaio 2019].
- Smith, K. E., Ellison, J. M., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Peterson, C. B., Le Grange, D., & Wonderlich, S. A., (2017). *La validità degli specificatori di gravità del DSM-5 per anoressia nervosa, bulimia nervosa*

e disturbo da alimentazione incontrollata. Disponibile in:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28623853/> [17 giugno 2017].

- Westmoreland, P., Krantz, M. J., & Mehler, P. S. (2016). *Complicanze mediche di anoressia e bulimia nervosa.* Disponibile in:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26169883/> [Gennaio 2016].
- Wilkinson, J. M., & Barcus L. (2017). *Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC* (2^a ed.). Rozzano (MI): Casa editrice Ambrosiana. (Original work published 2017).