



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Anatomizzare il vuoto.
Piano di assistenza infermieristico
semi-standardizzato nei disturbi del
comportamento alimentare**

Relatore:

Dott. Maurizio Mercuri

Tesi di Laurea di:

Elena Pirani

Correlatore:

Dott. Serafin Caneda D'Ambrosi

A.A. 2021/2022

Vivere (vivere)
Anche se sei morto dentro
Vivere (vivere)
E devi essere sempre contento
Vivere (vivere)
È come un comandamento
Vivere o sopravvivere
Senza perdersi d'animo mai
E combattere e lottare contro tutto contro
(Vasco Rossi, Vivere)

INDICE

INTRODUZIONE	1
1. I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE.....	2
1.1 Un po' di storia.....	2
1.2 Anoressia e bulimia secondo il DSM-V.....	3
1.3 L'arte del mangiare.....	5
1.4 La figura paterna.....	7
1.5 Epidemiologia e psicopatologia nei disturbi del comportamento alimentare.....	8
2. L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ.....	13
3. STRATEGIE DI COUNSELING E INSEGNAMENTO.....	19
3.1 Il colloquio motivazionale.....	19
3.2 Il family learning.....	23
4. IL PROCESSO DI NURSING.....	26
4.1 Processo assistenziale per pazienti con disturbi del comportamento alimentare....	30
4.1.1 Inefficace autogestione della salute.....	31
4.1.2 Comportamento relativo alla salute che può causare rischi.....	33
4.1.3 Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico.....	35
4.1.4 Rischio di squilibrio elettrolitico.....	37
4.1.5 Disturbo dell'immagine corporea.....	38
4.1.6 Processi familiari disfunzionali.....	41
4.1.7 Resilienza compromessa della persona.....	43
4.1.8 Rischio di violenza rivolta a sé stessi.....	45

CONCLUSIONI.....	47
BIBLIOGRAFIA.....	48
RINGRAZIAMENTI.....	51

INTRODUZIONE

L'idea del seguente elaborato nasce da un'esperienza di tirocinio condotta in piena estate presso il reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Salesi.

Quando sono arrivate le foto dei reparti in cui eravamo indirizzati e ho letto la mia destinazione mi è crollato il mondo addosso. Non ci volevo andare, sapevo già che non era il mio posto; i bambini malati non fanno per me.

Non potevo fare altrimenti, dovevo andarci, per forza.

E così ha inizio il mio mese di tirocinio in un reparto pieno di dipinti sui muri, clownterapia e pet therapy ma non è tutto così sereno e tranquillo. Comincio a conoscere l'ambiente e in particolare la buona percentuale di ragazze (sì, la maggior parte donne) ricoverate per disturbi alimentari. Magre, magrissime, troppo.

Il reparto è pediatrico, di conseguenza, assieme al minorenne c'è sempre la presenza di un genitore stanco, esausto perché magari non è il primo ricovero o è distrutto dalla situazione che si è venuta a creare.

Alla vista di queste circostanze, ho iniziato a pormi delle domande. Perché si deve arrivare a tanto? Perché una ragazza, per bere un semplice succo di frutta deve piangere e urlare per mezz'ora? Perché la notte si alzano a fare le flessioni e gli addominali seppur così magre?

Leggendo i libri "*L'ultima cena: anoressia e bulimia*" (Massimo Recalcati - 1997) e "*Il corpo ostaggio. Teoria e clinica dell'anoressia-bulimia*" (Massimo Recalcati - 2004) ho cercato di dare una risposta dal punto di vista psicologico a tutto ciò; nell'elaborato, tenendo in considerazione i due libri di Massimo Recalcati, saranno presenti riferimenti di testi e citazioni dello psicologo Lacan e degli scrittori Kafka, Binswanger e De Clercq. Eseguendo poi una ricerca sulla banca dati PubMed mi sono soffermata sul compito che ha l'infermiere in contesti extra-ospedalieri nel trattamento di questi disturbi e quali strategie può adottare per coinvolgere anche la famiglia.

Per concludere, ho voluto creare, attraverso le tassonomie North-American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcome Classification (NOC) e Nursing Intervention Classification (NIC), un piano di assistenza infermieristico che, grazie ai risultati di salute e agli interventi, guida l'infermiere nelle scelte di trattamento dei disturbi del comportamento alimentare.

1. I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

1.1 Un po' di storia

L'anoressia, per millenni, è stata considerata come un rifiuto volontario del cibo e, anche se molto presente nella società del tempo, non era contemplata come interesse medico. Non era una malattia. Le cause erano riferibili ad altre categorie, differenti dalla medicina, in particolare quella religiosa e quella laica.

Della prima sono identificabili tre tipologie:

- Digiuno come purificazione
- Digiuno recepito come atto superbo di orgoglio e di sfida verso la Chiesa e verso Dio
- Digiuno demoniaco come conseguenza di possessione da parte di Satana

Del resto, attorno al XVIII e XIX secolo, i laici ritenevano che l'atto di rifiuto del cibo e di conseguenza la magrezza erano visti come una prestazione tra l'artistico e lo sportivo; si parlava addirittura di "artisti della fame" e dei record che gli venivano assegnati. A partire dal XIX secolo si apre un secondo periodo durante il quale l'estrema magrezza inizia ad essere vista come un problema medico; si comincia a parlare di anoressia come malattia del corpo o della mente.

Ernest Charles Lasègue, psichiatra, filosofo e professore di clinica medica all'università di Parigi e William Gull, clinico londinese, hanno fornito, nella seconda metà del 1800, indipendentemente uno dall'altro, due descrizioni sovrapponibili di quella che oggi viene chiamata anoressia.

Quest'ultima è caratterizzata dal rifiuto per il cibo, stitichezza, amenorrea, iperattività e irrequietezza fisica, dimagrimento fino al raggiungimento della cachessia, negazione della malattia ed esordio tra i 15 e i 20 anni prevalentemente nel sesso femminile.

Il passaggio tra il primo e il secondo periodo viene descritto nel 1922 da Kafka nel suo breve racconto intitolato "*Un digiunatore*". L'opera si apre con un'esposizione riguardante l'arte del digiunare che, a quei tempi, era considerata un intrattenimento per adulti e bambini: come fossero devì veri e propri spettatori si recavano al circo a vedere il digiunatore che sedeva su una poltrona di paglia.

Col passare degli anni, i modi di pensare sono cambiati e il rifiuto del cibo non viene più

considerato come un'arte; anche il digiunatore, non vedendo quotidianamente la folla che andava ad ammirare le sue costole sporgenti, si sente così privo del significato che attribuiva alla sua vita e non gli resta che lasciarsi morire.

La medicalizzazione ha dato vita a un nuovo modo di pensare, il non voler mangiare viene considerato come un comportamento inutile e che, a lungo andare, può condurre alla morte.

Tuttavia, l'anoressia continua ad essere presente ma sotto un altro significato, quello di malattia psichica che necessita di attenzione e di cure.

1.2 Anoressia e bulimia secondo il DSM-V

La quinta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), uscita nel 2013, definisce l'anoressia nervosa secondo i seguenti criteri:

- A. Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo previsto
- B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso
- C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del corpo, eccessiva influenza del peso o della forma sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso

Specificare quale:

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

Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione: durante gli ultimi tre mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Specificare se:

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

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

Specificare la gravità attuale: il livello minimo di gravità si basa, per gli adulti, sull'attuale dell'indice di massa corporea (IMC) (si veda sotto) oppure, per i bambini e adolescenti, sul percentile dell'IMC. I range sono derivati dalle categorie dell'Organizzazione mondiale della sanità per la magrezza negli adulti; per bambini e adolescenti, dovrebbero essere utilizzate i percentili dell'IMC corrispondenti. Il livello di gravità può essere aumentato al fine di riflettere sintomi clinici, il grado della disabilità funzionale e la necessità di una supervisione. Lieve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$; moderata: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$; grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$; estrema: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$.

La bulimia nervosa, sempre secondo il DSM-V, è caratterizzata da:

- A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
 - Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili
 - Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando)
- B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva

- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa

Specificare se:

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

In remissione completa: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Specificare la gravità attuale: il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza di condotte compensatorie inappropriate (si veda sotto). Il livello di gravità può essere aumentato per riflettere altri sintomi e il grado di disabilità funzionale. Lieve: una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana; moderata: una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana; grave: una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana; estrema: una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

1.3 L'arte del mangiare

Che cosa significa per l'essere umano mangiare? L'azione del mangiare è una risposta al soddisfacimento di un bisogno ed è necessario distinguerla dalla pulsione, la quale viene definita come un appagamento libidico della domanda orale in quanto zona erogena investita dall'azione pulsionale. L'oggetto del bisogno c'è, è presente, è il cibo che va a colmare la sensazione di fame e riempire lo stomaco.

D'altra parte, per definire l'oggetto pulsionale Lacan (1964), ne *"Il Seminario XI"* (p.183), afferma che "non è introdotto a titolo del nutrimento primitivo, è introdotto dal fatto che nessun nutrimento soddisferà mai la pulsione orale, se non contornando l'oggetto eternamente mancante"; è la fame che non può essere soddisfatta perché è quella del seno visto come primo oggetto di appagamento ormai perduto.

Si deduce quindi che l'oggetto non è una sostanza reale ma un qualcosa di perso, un vuoto, un fantasma, impossibile di conseguenza da mangiare.

Roland Barthes (1984) ne *“L'impero dei segni”* (pp. 26-27) fa riferimento alla cucina giapponese e afferma che “nessuna vivanda è provvista di un centro (centro alimentare implicato presso di noi dal rito che consiste nell'ordinare il pasto, nel guarnire o rivestire i cibi); tutto qui è ornamento d'un altro ornamento”.

L'atto di mangiare l'ornamento mette in risalto l'assenza di profondità del cibo visto come oggetto; viene pertanto valorizzata la sua leggerezza, l'oggetto-seno, la pulsione.

Il desiderio di colmare questo vuoto è il fulcro dei disturbi alimentari.

Il soggetto anoressico, come afferma Lacan nel “Seminario XI”, non è vero che non mangia, l'anoressica mangia il niente; il suo oggetto pulsionale non è disponibile realmente, è un vuoto e lei rinuncia all'oggetto-cibo per mangiare un qualcosa di più prezioso: il niente.

Tutto ciò condurrà ad una passione per il suo corpo magro, scheletrico nel quale sarà possibile indentificare ossa, tendini e muscoli che saranno motivo di godimento e di incanto nel guardarsi allo specchio. Questa soddisfazione nasce dal fatto che il soggetto che soffre di anoressia va a scindere il proprio corpo in due parti ben distinte: il corpo esterno e quello interno.

L'interno dell'organismo può essere considerato oggettivo, dettato dalle leggi dell'anatomia in quanto tutti gli esseri umani hanno gli stessi organi, situati nel proprio spazio e svolgono le medesime funzioni.

D'altro canto, il corpo esterno è soggettivo, è l'estetica, la nostra immagine, quella che viene percepita dallo sguardo; può essere quindi resa come meglio si preferisce e l'individuo anoressico sceglie di presentarlo magro, quasi trasparente ma non per mostrare il proprio interno, piuttosto per far capire che fra i due corpi non ci sono legami, per dividere il corpo-immagine dal corpo-sofferente.

La persona bulimica identifica nell'oggetto-cibo l'oggetto perduto e pertanto ciò che causa desiderio. Le crisi bulimiche possono essere viste come delle fasi cicliche nelle quali il soggetto si abbuffa di cibo per riempire il vuoto ma questa mancanza non verrà mai colmata in quanto è un vuoto ormai perso.

La conseguenza di ciò è data dalla spinta pulsionale di disfarsi di questo cibo di troppo

attraverso il vomito in modo da mantenere sempre l'immagine del corpo-magro; ritornerà poi il vuoto che tenterà di essere riempito con un'abbuffata successiva ma, essendo incolmabile non sarà mai saturo e il ciclo della crisi bulimica potrà ricominciare.

1.4 La figura paterna

Fino ad ora l'esposizione si è incentrata attorno alla ricerca di colmare un vuoto che in realtà non può essere riempito in quanto è un qualcosa ormai perso e si fa riferimento al seno materno.

Allo stesso modo è necessario porre attenzione alla madre, in particolar modo al desiderio materno rispetto al bambino perché quest'ultimo, per Lacan, è il sostituto (insufficiente) del fallo; per fallo si intende sia l'elemento che può saturare una mancanza ma anche l'oggetto reale inteso come organo sessuale che permette la riproduzione.

In questo modo il figlio diventa oggetto del proprio godimento che satura la mancanza ad essere e il desiderio di madre sembra prendere completamente il sopravvento su quello di donna.

Lacan (1991) nel "*Le Séminaire. Livre XVII, L'envers de la psychanalyse*" (p. 121) illustra questo concetto attraverso la rappresentazione della madre-cocodrillo: la bocca dell'animale è aperta, le fauci sono spalancate e in mezzo a queste si trova il bambino, come simbolo del desiderio materno; il rischio sta nel fatto che se le fauci si chiudono, il bambino non ha possibilità di uscire e viene inglobato.

Una figura che subentra in questo momento è il padre, il suo obiettivo è quello di limitare il desiderio materno mettendo dei paletti tra le fauci del cocodrillo per impedire loro di chiudersi e di incorporare il figlio.

Questa operazione permette anche di tenere separati due aspetti: quello della figura della donna e quello della madre impedendo quindi che quest'ultima schiacci e annulli la prima. Le due polarità devono essere in equilibrio perché la madre, oltre a svolgere il suo ruolo, è anche donna, o meglio, la donna di un uomo; pertanto, il suo desiderio non deve esaurirsi completamente di fronte alla figura del figlio.

L'esito estremo è che la madre assorbe completamente la funzione di donna e di conseguenza si avrà anche il fallimento della figura del padre.

Massimo Recalcati (1997), nel suo libro "*L'ultima cena: anoressia e bulimia*" (pp.91-94), ha cercato di delineare la metafora paterna come "metafora debole" in quanto il sogno della madre non è stato adeguatamente limitato dalla figura del padre a causa di una sua

debolezza nella funzione coordinatrice rispetto alla donna.

Il bambino può essere paragonato al soggetto anoressico che si trova tra le fauci del coccodrillo in una situazione di pericolo; ciò è stato rappresentato da Ludwig Binswanger, in un testo di poche righe del 1953 dal titolo *La fissazione*, con l'immagine di un alpinista che, essendosi spinto troppo in alto nella sua arrampicata, non è in grado né di scendere né di salire: qualsiasi movimento potrebbe essere per lui causa di morte.

Il figlio, allo stesso modo, se tenta di uscire dalla bocca rischia di essere mangiato; l'unico modo per sopravvivere è quello di restare immobile. Questo spiega il legame tra la persona affetta da disturbi alimentari e la donna, una "madre-tutta-madre" spesso intrusiva e invadente negli spazi dei figli.

Si nota dunque che il padre risulta essere assente, fuori dal gioco; anche durante gli incontri con l'analista sarà la madre a ribadire che ha il carico della famiglia e delle responsabilità; non viene valorizzata la funzione paterna e questa cosa potrebbe condurre al motivo per il quale il bambino, secondo una potenza primordiale, rimanga attaccato maggiormente alla figura femminile.

Fabiola De Clercq (1990), nel libro *"Tutto il pane del mondo"* (p.141) nel quale lei stessa racconta la propria avventura riguardo l'anoressia-bulimia, definisce l'anoressia come Anti-madre: significa schiodarsi dalla figura materna e sottrarsi al rischio di essere divorati. Solo in questo modo il soggetto troverà un proprio posto dove non sarà invaso dall'altro.

Lei stessa (1995) in *"Donne invisibili"* (p.115) afferma: "sentirsi invase dalla propria madre, sentirsela dentro, addosso, avere male alla propria madre, impedisce di costruire sé stesse".

1.5 Epidemiologia e psicopatologia nei disturbi del comportamento alimentare

Nei paesi occidentali diversi studi hanno dimostrato che anoressia e bulimia sono molto presenti, in particolar modo fra gli adolescenti dove si possono percepire anche fattori aspecifici ma predisponenti allo sviluppo di questi disturbi come il desiderio di dimagrire, l'insoddisfazione per il proprio peso e la propria immagine, il ricorso a diete, il valore estetico della magrezza.

Negli anni '70 in Europa e negli Stati Uniti l'anoressia era presente solo allo 0.5-0.6%

mentre la bulimia al 2%; se venivano presi in considerazione anche i comportamenti alimentari indicatori di rischio queste percentuali aumentavano rispettivamente del 6% e del 22%.

Nel decennio successivo, le ricerche condotte sulla bulimia rilevano una crescita che va dal 5 al 20% per le femmine e dallo 0 al 5% per i maschi.

In Italia, le indagini condotte da Cuzzolaro e Dotti rilevano percentuali simili a quelle del resto del mondo (0.2-0.8% per l'anoressia e 1-5% per la bulimia).

L'ABA è l'associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia e la bulimia, opera in campo sociale di questi disturbi alimentari accogliendo la domanda di aiuto spontanea per poterla trasformare in domanda di cura; tutto ciò lo fa attraverso un lavoro terapeutico con piccoli gruppi di soggetti. Nasce nel 1991 grazie all'idea di Fabiola De Clercq che nel suo libro "*Tutto il pane del mondo*" racconta la propria uscita dalla malattia.

La dottoressa Anna Maria Speranza, psicologa e docente presso l'Università la Sapienza di Roma, tra il primo giugno 1995 e il 31 dicembre 1996, ha condotto uno studio su tutti i soggetti che si sono presentati nelle sedi dell'ABA di Roma e Milano per una consultazione. Sono stati osservati 770 persone, prevalentemente donne di età media attorno ai 25 anni (il 90% tra i 13 e i 33); la maggior parte studentesse o impiegate.

Rilevante è la modalità con la quale queste persone si sono rivolte al centro, il 77% lo ha fatto per iniziativa personale, il 19.2% per richiesta della famiglia e la restante parte è stata inviata da specialisti. Queste percentuali vanno però considerate diversamente in base alla diagnosi perché, nel caso di pazienti bulimiche, l'80.5% chiede aiuto personalmente mentre nelle circostanze anoressiche lo fanno solamente nel 62.4% dei soggetti.

Risulta interessante conoscere anche come i pazienti sono venuti a conoscenza del centro ABA: il 43,1% attraverso i giornali e la televisione, il 17.4% grazie al libro di Fabiola De Clercq e la restante parte è stata condotta da specialisti.

Per quanto riguarda le caratteristiche cliniche del campione, sviluppate secondo i criteri del DSM-IV, sono stati considerati solo 724 individui, i 46 mancanti sono stati esclusi a causa della carenza di alcuni dati. Di questi il 70.3% soffre di bulimia nervosa mentre il 23.4% di anoressia nervosa, il restante 6.3% viene classificato come "disturbi alimentari non altrimenti specificati" (non erano presenti tutti i criteri per porre diagnosi di anoressia

o bulimia).

L'età di esordio del disturbo è 18 anni di cui il 65% dei soggetti del campione ha un inizio nella fascia tra i 15 e 18 anni: le due estremità sono due fasi molto significative nella vita di un individuo in quanto segnano il momento che segue lo sviluppo puberale e quello di una progressiva crescita verso l'adolescenza.

Scendendo più nello specifico della ricerca, la dottoressa ha notato che il sintomo in realtà copre, come un velo scuro, ogni storia rendendole tutte uguali tra loro mascherando ogni evento accaduto in precedenza; spesso gli avvenimenti, solitamente quelli traumatici, vengono tenuti in segreto e fatti emergere solamente durante il corso della terapia.

La soluzione, trovata dall'individuo per cercare di eliminare questi eventi, può essere quella di scovare un'identificazione con l'oggetto perduto (nel caso dell'anoressia) o con l'annullamento del tempo che cancella la perdita stessa con le crisi bulimiche di riempimento e svuotamento.

Le malattie gravi e le ospedalizzazioni possono dar luogo a disturbi alimentari perché si potrebbero creare due situazioni diverse: da una parte l'immagine corporea, già modificata dalla pubertà, avrà un secondo cambiamento dovuto alla malattia; dall'altro lato, la condizione di malattia fisica può interferire nello sviluppo dell'identità personale. Tuttavia, anche gli abusi sessuali, molestie e maltrattamenti fisici possono creare disturbi in quanto il soggetto, provato dalla vergogna, cerca di purificarsi attraverso ogni azione di svuotamento del proprio corpo come se dovesse espellere ogni forma di minaccia che ha leso la sua integrità corporea.

Un altro approfondimento che è stato svolto durante questo studio sono le patologie mentali familiari; queste sono state richieste solo nel momento in cui emergeva dal colloquio che genitori e/o fratelli avevano avuto certe diagnosi o se erano presenti elementi particolarmente evidenti (per esempio casi di tentato suicidio).

È stata riscontrata spesso la depressione materna, di solito a seguito della perdita di un altro figlio, coniuge o genitore e ciò determina nel figlio, una serie di mosse di difesa per il vuoto lasciato dal disinvestimento (quando viene meno l'investimento affettivo su un oggetto) da parte della madre.

Un'attenzione particolare va data alle "dipendenze" familiari che si possono ritrovare come causa dei disturbi alimentari, alcolismo e tossicodipendenza; tutto ciò svolge una funzione di salvaguardia, evitando i conflitti durante le relazioni.

Il problema dei sintomi è legato non solo alla patologia ma anche a una serie di strutture psicopatologiche che coesistono col disturbo alimentare; primo su tutti è la depressione dovuta al vuoto e alla perdita dei vissuti soggettivi, manifestazioni di questa sono: l'autolesionismo, i tentati suicidi, le dipendenze relative all'abuso di alcool o droghe. La depressione spesso si associa al periodo adolescenziale, momento durante il quale c'è una separazione dalle figure genitoriali e una rinuncia all'immagine di un corpo che non è più infantile e che sta mutando.

Questo fisico che cambia crea un disturbo della figura di sé ed è proprio qui, in particolar modo il soggetto anoressico, attraverso atti di autolesionismo e depersonalizzazione cerca di riavere indietro ciò che in lui si sta modificando.

Un ultimo aspetto riguarda la presenza di pensieri e rituali ossessivi che si concentrano principalmente sull'azione del controllo: controllo del peso, dell'appetito, delle calorie, delle quantità, della pulizia e dell'ordine.

Un successivo studio condotto nel 2015 dal dipartimento di psichiatria, psicosomatica e psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza dell'Università di Aquisgrana della Germania, partendo dalle definizioni del DSM-V, si è concentrato sulla sintomatologia, l'epidemiologia e la comorbidità dei disturbi alimentari.

Riguardo l'anoressia, dalle loro ricerche, è emerso che la maggior parte degli adolescenti con questo disturbo alimentare, hanno iniziato il loro percorso con la dieta, mangiando solo cibi sani come frutta e verdura; andavano quindi ad evitare alimenti grassi perché ritenevano che la pelle potesse assorbirli. Alcuni di loro si rifiutavano anche di bere per la paura di ingrassare.

Giornalmente, o più volte al giorno, salivano sulla bilancia e si specchiavano per poter controllare il loro peso e la loro forma.

Nei primi periodi, anche per regolarizzare gli stati d'animo, praticavano molta attività fisica ma a seguito della notevole perdita di peso ciò è stato sostituito dall'irrequietezza e l'agitazione.

Le ragazze e le giovani donne bulimiche, d'altro canto, hanno paura dell'obesità e desiderano la magrezza dei soggetti anoressici. Il loro disturbo inizia con periodi di digiuno e terminano con grandi abbuffate seguite da modi compensativi di eliminare il cibo ingerito per paura di ingrassare come vomito, lassativi e diuretici.

L'università tedesca, come riferimento epidemiologico, prende uno studio condotto in Finlandia il quale ha dimostrato che, a seconda di una definizione ampia o ristretta, i tassi di incidenza dell'anoressia vanno da 270 a 450 per 100.000 in donne di età tra 15 e 19 anni nel 1990. I dati della bulimia, invece, si aggirano intorno ai 200 per 100.000 femmine tra i 16 e i 20 anni.

Le gravi sequele fisiche sono dovute all'eccessiva perdita di peso, alla durata del disturbo e all'età del paziente. Nei bambini, dove il problema insorge durante il periodo dello sviluppo, ci saranno gravi effetti durante la crescita puberale tra cui alopecia, disidratazione, bradicardia, ECG anomali, pancreatiti e ipocaliemia che è la complicanza più temuta perché può essere causa di arresto cardiaco.

Un effetto dovuto a complicanze endocrinologiche è il mancato o ridotto riassorbimento dei nutrienti indispensabili per la formazione e la resistenza ossea, di conseguenza l'osteoporosi sarà un problema non solo femminile ma anche maschile.

Il mancato apporto nutrizionale porta ad una riduzione dei volumi di materia grigia e bianca; lunghi periodi di digiuno potrebbero essere causa di interruzione degli impulsi cerebrali soprattutto nelle aree della memoria e dell'apprendimento.

Il suicidio però resta una delle principali cause di morte in soggetti anoressici, circa il 3-7% di individui tenta di togliersi la vita; spesso è associato a periodi di depressione in quanto il 60% delle persone soggette da anoressia nervosa hanno anche disturbi dell'umore quali, per l'appunto, depressione, vuoto emotivo, ritiro sociale, anedonia, perdita della libido e bassa autostima.

2. L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ

Il professionista che aiuta la famiglia e il soggetto anoressico-bulimico deve avere, fin dall'inizio del colloquio, una posizione decentrata rispetto alla persona per evitare di dare una risposta al sintomo anziché al soggetto fornendo quindi, come soluzione al problema, una serie di consigli che difficilmente saranno accettati e soprattutto rispettati dall'adolescente. È necessario compiere un percorso che riguardi anche la famiglia, spostandosi dal cibo al soggetto, quella che Massimo Recalcati (2004) nel capitolo *“Logica della Cura nei piccoli gruppi monosintomatici”* in *“Il corpo ostaggio. Teoria e clinica dell'anoressia-bulimia”* (pp.182-249) definisce come “rettifica dell'offerta”.

“Noi Stati Membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), riaffermiamo il nostro impegno nei confronti del principio enunciato nella sua Costituzione secondo il quale uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano è quello di godere del massimo livello ottenibile di salute; nel dichiarare ciò, sosteniamo la dignità e il valore di ogni persona, nonché uguali diritti, doveri e responsabilità condivise da parte di tutti nei confronti della salute”. È questo il primo dei cinque principi divulgati durante la dichiarazione della sanità mondiale composta dai 51 stati membri della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1998.

Godere di un buono stato di salute è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano. Durante questo incontro a carattere mondiale è stato emanato il progetto *Health21: La salute per tutti nel 21° secolo*: lo scopo è quello di garantire, all'inizio del 21° secolo, una migliore qualità di vita ai cittadini di ciascuno stato.

Health21 si prefissa una finalità, due obiettivi, tre valori e quattro strategie.

La finalità è quella di garantire il raggiungimento del massimo livello di salute possibile.

I due obiettivi che sono stati prefissati sono:

- La promozione e la protezione della salute delle persone lungo l'arco della loro vita
- La riduzione dell'incidenza delle malattie e delle lesioni principali, e il sollievo alle sofferenze che esse causano

I tre valori:

- La salute come diritto umano fondamentale

- L'equità nella salute e la solidarietà nell'azione all'interno delle nazioni e fra di esse e i loro abitanti
- La partecipazione e la responsabilità da parte degli individui, gruppi, istituzioni e comunità per lo sviluppo permanente della salute

Infine, le quattro strategie affinché la realizzazione di Health21 si concentri sulla sostenibilità scientifica, economica, sociale e politica:

- Strategie multisettoriali per affrontare i determinanti della salute, tenendo in considerazione le prospettive fisiche, economiche, sociali, culturali e relative alle differenze di sesso, e assicurando l'uso della valutazione di impatto sulla salute
- Sviluppo di programmi e di investimenti in salute e assistenza clinica orientati ai risultati in termini di salute
- Assistenza sanitaria primaria integrata e orientata alla famiglia e alla comunità, sostenuta da una rete ospedaliera flessibile ed efficiente
- Processo di partecipazione nello sviluppo della sanità che coinvolga partner specifici per la salute nelle abitazioni, negli ambienti scolastici e di lavoro, a livello di comunità e nazionale, in grado di promuovere decisioni congiunte, implementazione e responsabilità

Sono stati individuati ventuno obiettivi che fanno riferimento ai bisogni di tutta la popolazione europea e sono state proposte azioni per migliorare la situazione che si presentava allora.

In particolare, l'obiettivo 15 riguarda *l'integrazione del settore sanitario* ed afferma che: "In molti Stati Membri è necessaria una maggiore integrazione del settore sanitario, con un'attenzione particolare all'assistenza sanitaria di primo livello. Al centro dovrebbe collocarsi un'infermiera di famiglia adeguatamente formata, in grado di offrire consigli sugli stili di vita, sostegno alla famiglia e servizi di assistenza domiciliare per un numero limitato di famiglie. Servizi più specializzati dovrebbero essere offerti da un medico di famiglia che, insieme all'infermiera, dovrebbe interagire con le strutture della comunità locale sui problemi di salute. Dovrebbe essere prerogativa di ciascun cittadino la libertà di scelta di queste due figure, che dovrebbero occuparsi anche del sostegno attivo all'autocura. Politiche e programmi sanitari di comunità dovrebbero assicurare il coinvolgimento sistematico delle istituzioni locali e delle Organizzazioni Non

Governative nel promuovere stili di vita sani, un ambiente più sano nonché un sistema sanitario e sociale efficiente a livello locale. Tale approccio svilupperebbe significativamente la prevenzione delle malattie e delle lesioni e assicurerebbe il trattamento precoce ed efficace di tutti quei pazienti che non necessitano di assistenza ospedaliera. Le strutture per anziani e le altre strutture di lungodegenza dovrebbero avere una maggiore "atmosfera casalinga" ed essere affidate alla responsabilità della comunità locale. L'assistenza di secondo e terzo livello, che è erogata negli ospedali, dovrebbe essere chiaramente di sostegno all'assistenza sanitaria di primo livello, concentrandosi esclusivamente sulle funzioni diagnostiche e terapeutiche che non possono essere realizzate adeguatamente nelle strutture di primo livello. Se i principi descritti vengono seguiti e la flessibilità nello sviluppo e nella collocazione dei servizi ospedalieri diventa una caratteristica importante della programmazione e della gestione ospedaliera, gli ospedali saranno in grado di affrontare le sfide future dell'evoluzione tecnologica e della pratica clinica. Saranno altresì più rispondenti ai bisogni individuali dei loro pazienti”.

L'obiettivo 18, invece, si concentra *sullo sviluppo delle risorse umane orientate alla salute* e asserisce che: “I programmi di formazione per gli erogatori di assistenza sanitaria e per i manager dovrebbero fondarsi sui principi della "Strategia della Salute per tutti". Dovrebbe essere accresciuta a tutti i livelli e in tutti i settori la capacità di sviluppo tecnico e manageriale, prestando la massima attenzione all'impatto e all'azione sulla salute. In molti Stati Membri, le infrastrutture e le funzioni di sanità pubblica necessitano di essere rafforzate e rese più moderne, secondo quanto delineato da HEALTH21. La formazione e l'addestramento dei professionisti della sanità pubblica devono occuparsi non solo degli aspetti tecnici del loro lavoro, ma anche della loro funzione come facilitatori, mediatori e sostenitori della salute e dell'azione basata sull'intera popolazione in tutti i settori. I programmi educativi per architetti, ingegneri, economisti, giornalisti, sociologi devono fornire la conoscenza, la motivazione e le abilità necessarie a sostenere l'azione multisettoriale a favore della salute”.

La figura dell'infermiere di famiglia e di comunità nasce quindi nel 1998 e il suo obiettivo è quello di aiutare l'assistito e la sua famiglia a raggiungere e mantenere un controllo sul livello di salute attraverso l'assistenza primaria che è un continuum assistenziale per il paziente e la sua famiglia non solo a livello sanitario ma anche sociale per intervenire

sull'intera comunità.

Le sue quattro principali aree di intervento sono:

- La prevenzione primaria attraverso l'educazione sanitaria porta a conoscenza la collettività riguardo i fattori di rischio che predispongono lo sviluppo di malattie
- La prevenzione secondaria tramite la promozione di screening, campagne vaccinali e test che vanno ad indentificare la presenza o meno di malattie
- La prevenzione terziaria ha come scopo la prevenzione delle riacutizzazioni di patologie croniche grazie ad interventi di riabilitazione
- Fornisce infine assistenza diretta in caso di necessità per riabilitazione, cure palliative e sostegno

Uno dei fini più importanti dell'infermiere della collettività è quello dell'educazione sanitaria che si differenzia da quella terapeutica per l'ambito in cui va ad agire.

Nella Carta di Ottawa, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 1986 definisce l'educazione alla salute come "il processo che conferisce alle persone la capacità di aumentare e migliorare il controllo sulla propria salute. È un processo educativo attraverso il quale gli individui apprendono ad assumere consapevolmente decisioni utili al mantenimento ed al miglioramento della propria salute".

Si tratta quindi di un lavoro di prevenzione, mirato a individui sani, che apprendono i possibili fattori di rischio di una malattia e vengono quindi invitati ad adottare una serie di interventi e stili di vita adeguati al fine di godere il massimo livello di salute. Differente è invece l'educazione terapeutica rivolta a soggetti che hanno già sviluppato una patologia, solitamente cronica; il compito dell'infermiere di famiglia e di comunità sarà quello di educare l'assistito e la sua famiglia alla gestione di questa malattia rendendola parte integrante della loro vita.

L'infermieristica di famiglia e di comunità fonda il proprio operato su tre pilastri:

- Il welfare community
- I fattori apprendimento e cambiamento
- Il piano di assistenza infermieristica

Il termine *Welfare State* può essere tradotto nella lingua italiana come "stato del benessere", è stato coniato a partire dalla seconda guerra mondiale e sta a identificare un

sistema politico, economico e sociale in cui la promozione del benessere dei cittadini è presa dallo stato come una responsabilità.

Il welfare community, di conseguenza è il benessere della comunità inteso come una serie di servizi offerti dalla società per il singolo o per gruppi; è una concatenazione tra figure professionali e non che hanno come unico obiettivo quello di ottenere il massimo rendimento dalle risorse del territorio.

L'infermiere sarà il crocevia tra queste proposte e il singolo indirizzandolo verso il servizio per lui più opportuno.

Una figura importante in questo contesto è il caregiver ovvero "*colui che si prende cura*", che presta assistenza al malato, solitamente un suo familiare.

Prestando aiuto, il caregiver è tenuto a conoscere la malattia e ciò che essa comporta, saperla gestire e individuare le eventuali problematiche per poi riferirle all'infermiere che, se necessario, saprà indirizzarli nel giusto servizio.

I fattori di apprendimento e cambiamento sono basati su tre teorie che a loro volta nascono nell'ambito psicologico:

- La teoria dei sistemi. Un sistema, per essere chiamato tale, è composto da elementi che, al suo interno, interagiscono tra di loro in modo da renderlo integro e funzionante; nel contesto preso in considerazione, gli elementi sono l'infermiere e le famiglie
- La teoria dello sviluppo o evolutiva: l'assistenza infermieristica deve tenere in considerazione non solo il singolo ma anche il contesto familiare in cui vive e come questo si è evoluto e sviluppato nel corso del tempo
- Teoria della relazione e interazione: l'infermiere e le famiglie sono in stretto contatto tra loro come se fossero parti di un unico sistema, tra loro c'è una reciprocità di scambio al fine di migliorare lo stato di salute del singolo e/o della famiglia

L'ultimo pilastro riguarda lo sviluppo di un piano di assistenza infermieristica che permette agli infermieri di pianificare, tramite gli obiettivi e gli interventi, l'assistenza necessaria al paziente.

Il fattore peculiare dei piani assistenziali è che sono rivalutabili durante l'attuazione degli interventi, permetteranno quindi di capire se gli obiettivi che sono stati prefissati saranno

raggiunti o meno con lo scopo di poter potenziare l'attività assistenziale.

Durante la prima visita a domicilio del paziente l'infermiere, dopo la raccolta dati, compila la scheda di valutazione multidimensionale delle persone anziane e adulte; questa sarà utile per elaborare un miglior progetto assistenziale individuale per il singolo, tenendo in considerazione la rete sociale e i servizi disponibili.

L'infermieristica di famiglia e di comunità fonda il suo operato nel modello teorico di Dorothea Orem la quale sosteneva la teoria del self-care secondo la quale l'infermiere deve agire solo nel momento in cui l'assistito non è in grado di gestirsi.

Tre sono i concetti basilari su cui si basa questo pensiero:

- La teoria dell'autoassistenza
- Il concetto di deficit di autoassistenza
- Il concetto di sistemi infermieristici

L'autoassistenza è identificata come "la pratica di attività che gli individui compiono per proprio conto al fine di conservare la vita, la salute e il benessere". Dorothea Orem identifica tre classi di fattori di autoassistenza: quelli *universali* che comprendono tutte le attività della vita quotidiana, *evolutivi* come l'invecchiamento o il lutto ed infine quelli *derivanti da problemi di salute* tra cui le malattie.

Il deficit di autoassistenza è il momento in cui interviene la figura dell'infermiere in quanto l'assistito non è in grado di prendersi cura di sé in modo totale o parziale.

I sistemi infermieristici sono i criteri di intervento della pratica assistenziale e possono riguardare: sostituzione completa del paziente durante lo svolgimento delle attività (sistema totalmente compensativo), sostituzione parziale solamente in alcuni compiti (sistema parzialmente compensativo), istruzione ed educazione della persona per migliorare lo svolgimento dei lavori quotidiani (sistema educativo e di sostegno). La stessa Orem, nel 1956, afferma: "*L'arte del nursing è praticata operando per la persona disabile aiutandola a operare da sola o aiutandola a imparare a fare da sola*", si concentra sul self-care ovvero sullo sviluppo di un'autonomia da parte del paziente e della famiglia nella gestione della malattia.

3. STRATEGIE DI COUNSELING E INSEGNAMENTO

I disturbi del comportamento alimentare spesso non vengono trattati e tralasciarli può portare al soggetto coinvolto gravi conseguenze per il suo stato di salute. Come citato in precedenza, essi sono associati a problemi mentali come la depressione, l'autolesionismo e il tentato suicidio.

Il trattamento, a seconda della situazione presa in considerazione, può essere più o meno intensivo ed è importante sottolineare che non è sempre semplice trovare quello più opportuno; spesso è necessario cambiare, tenendo in considerazione il tipo di disturbo, l'età della persona, le aspettative preposte ma anche la rete sociale a disposizione.

Nelle persone soggette a disturbi alimentari fondamentale è la consapevolezza di aver bisogno di un trattamento o di un aiuto perché loro considerano il ricorrere alla magrezza, al vomito e alle diete estreme una risposta ai loro problemi.

Principalmente nelle prime fasi di malattia, il soggetto non ritiene opportuno l'aiuto di professionisti e anche quando si rivolgono a centri specializzati, la maggior parte delle volte è perché sono accompagnati da familiari o conoscenti. Il trattamento riservato per quest'ultimi è un "percorso motivazionale" ovvero un cammino che li accompagna alla consapevolezza della malattia e alla motivazione di essere aiutati.

Far nascere e poi crescere la motivazione significa prima di tutto rendere una persona consapevole di avere una malattia e che ciò le reca una sofferenza fisica e mentale e, di conseguenza, ha bisogno di aiuto per cambiare. Deve avere la forza di, prima su tutto, recarsi in centri specializzati e poi far uscire i suoi pensieri e le sue preoccupazioni. Il percorso terapeutico che viene intrapreso è multidisciplinare, entrano in gioco cioè diverse figure, quali il nutrizionista e il dietologo che interverranno dal punto di vista alimentare, lo psicologo e lo psichiatra, l'infermiere che prenderà in carico il soggetto e la famiglia e li aiuterà durante tutto il cammino.

3.1 Il colloquio motivazionale

Una tra le principali strategie è il *colloquio motivazionale* concentrato su uno scambio di pensieri ed opinioni tra il soggetto ed il professionista; alla base di tutto ciò è necessaria una corretta comunicazione.

Lo psicologo americano Thomas Gordon, candidato tre volte al Premio Nobel per la Pace, ha individuato, nel 1974, dodici barriere della comunicazione, ovvero quelle parole o frasi che allontanano e generano chiusura quando due persone stanno avendo un'interazione.

1. Dare ordini, comandi, direttive
2. Avvertimenti o minacce spaventano solamente il soggetto che abbiamo di fronte
3. Dare consigli, suggerimenti e fornire soluzioni sono utili solo quando si è convinti che il soggetto è disposto e motivato al cambiamento
4. Persuadere con logica, cercare di convincere: il compito dell'operatore non è quello di convincerlo che il suo modo di pensare sia sbagliato
5. Fare prediche moraliste e paternali
6. Criticare, giudicare, dissentire, biasimare
7. Concordare, approvare, lodare; il soggetto non deve essere trattato come un bambino e bisogna lodarlo solo nel momento in cui vengono raggiunti gli obiettivi
8. Etichettare, ridicolizzare, svergognare
9. Interpretare, analizzare: non si dovrebbe cercare di individuare il significato nascosto della persona e darle dei consigli troppo affrettati
10. Rassicurare e consolare per "tirare su di morale" può portare a sottovalutazione delle difficoltà
11. Porre domande insistenti per indagare crea disagio
12. Distrarsi, cambiare argomento o fare umorismo fa intuire che l'operatore non prende sul serio la situazione

Nel corso dello svolgimento del colloquio il professionista deve tenere bene in considerazione quali sono i sei stadi di cambiamento proposti all'inizio degli anni Ottanta da Prochaska e DiClemente: essi riflettono sia la motivazione che l'aspetto temporale considerandoli come processi umani, non accadono necessariamente durante processi patologici.

Il primo stadio è quello della *Precontemplazione* in cui il soggetto non vuole cambiare: la motivazione è dovuta al fatto che non riconosce il suo problema e quindi non sarà in questa fase che si presenterà da solo in centri specializzati per chiedere aiuto ma sarà

accompagnato dalla famiglia o da conoscenti.

La strategia sarà quella di sviluppare un rapporto di fiducia, empatia e rispetto, evitando discussioni ed iniziando a far ragionare il soggetto sulle sue preoccupazioni fino alla presa di coscienza della situazione.

La seconda fase prevede la *Contemplazione* durante la quale l'individuo inizia a capire che potrebbe apprendere un percorso di cambiamento ma allo stesso tempo c'è una parte in lui che lo riporta nei suoi passi.

Il compito dell'operatore sarà quello di esaminare la "bilancia decisionale", uno strumento utile per valutare gli aspetti positivi e negativi di un comportamento e gli eventuali vantaggi e svantaggi con lo scopo di far primeggiare i punti a favore rispetto a quelli a sfavore.

Nel terzo stadio della *Determinazione* il soggetto è convinto di voler cambiare e decide di impegnarsi concretamente. Assieme all'operatore decideranno una serie di azioni e strategie tenendo anche in considerazione un eventuale insuccesso.

Nel momento dell'*Azione* l'individuo mette in pratica i suoi interventi e il professionista dovrà incoraggiarlo affinché vengano raggiunti gli obiettivi valutando i suoi progressi.

Cruciale è il momento del *Mantenimento* perché dobbiamo evitare l'ulteriore fase delle *Ricadute*; la persona affetta dal disturbo consolida i suoi successi e deve essere rafforzata dal professionista durante le fasi di vulnerabilità.

Il colloquio motivazionale è nato negli anni Ottanta negli Stati Uniti grazie a William R. Miller e Stephen Rollnick che lo rivolsero a soggetti con dipendenze patologiche; loro lo definirono come "[...] uno stile di counselling centrato sul cliente, orientato, per affrontare e risolvere un conflitto di ambivalenza in vista di un cambiamento del comportamento". Del cambiamento Miller e Rollnick sottolineano l'ambivalenza ad esso associata; è importante che l'operatore dimostri che quest'ultima viene accettata come normale e soprattutto il lato di essa in cui risiedono gli argomenti a favore del non-cambiamento. Per superarla è necessario far comprendere all'individuo i vantaggi del cambiare sottolineando quindi che il cambiamento è possibile.

Il colloquio motivazionale è basato su tre capisaldi:

- La tolleranza intesa come la capacità di accettare la persona che si ha davanti così come è, senza giudizi e pregiudizi
- La direzione attiva per mezzo dell'empatia da parte dell'operatore
- L'atteggiamento maieutico, tenendo in considerazione che la verità sta nell'interiorità dell'uomo, si dovrebbe cercare di ridare al soggetto ciò che lui ci ha esteriorizzato con un grado di cambiamento

L'infermiere durante il confronto avrà come obiettivo quello di esprimere empatia evitando quindi giudizi, critiche e biasimo, concentrandosi sull'ascolto riflessivo.

Quest'ultimo ha lo scopo di restituire l'attenzione dell'operatore, come una sorta di feedback controllato; ciò avviene attraverso la ripetizione, da parte del professionista, di una o più parole, riformulando il pensiero dell'individuo e ponendo delle riflessioni sullo stato d'animo riguardo l'argomento appena trattato.

Inoltre, andrebbero evitate discussioni e dispute perché, secondo i principi del colloquio motivazionale, quando l'infermiere si trova in certe situazioni andrebbe cambiata strategia di trattamento: affrontare la resistenza dell'individuo diminuisce l'interesse al cambiamento perché si rafforzano gli ideali negativi invece di quelli positivi; sarebbe quindi opportuno spostare il focus verso altri argomenti.

Il soggetto, ad un certo punto del suo percorso, si troverà davanti ad un bivio: "dove sono" e "dove vorrei essere"; l'operatore, in questo momento, spingerà verso il cambiamento convincendo chi ha davanti che è in grado di raggiungere gli obiettivi prefissati.

Nel corso del colloquio, il professionista ha la possibilità di scegliere come condurlo: può porre domande aperte che danno la possibilità di rispondere in modo non sbrigativo ma permettono di presentare la propria situazione e confrontarsi con chi ascolta eventualmente approfondendo alcuni argomenti. Un problema può essere dato dalle domande "troppo aperte" (per esempio: "*cosa mi dice oggi?*") che recano nell'individuo il dubbio di dove l'operatore vuole arrivare e fanno pensare quindi che il dialogo debba essere per forza dirottato verso un argomento ben preciso.

Le domande chiuse, d'altro canto, permettono di rispondere in modo breve e la conversazione si ridurrà quindi a semplici risposte che non porteranno a nessun dialogo

e a nessuno scambio di opinioni; di conseguenza la situazione sarà controproducente per entrambi i partecipanti della conversazione.

Il colloquio motivazione, per concludere, è una buona strategia di counseling perché, se condotto e affrontato con le giuste regole e metodiche, sarà indispensabile per accompagnare il soggetto coinvolto alla motivazione per il cambiamento.

3.2 Il family learning

L'assistenza incentrata sulla famiglia (FCC) è un concetto essenziale per migliorare la risposta del sistema sanitario perché, un feedback positivo da parte dei familiari, sarà rilevante nel garantire un'assistenza e una risposta ai bisogni correlata alle loro necessità. Purtroppo, non si tratta di una strategia molto usata nell'ambito della salute mentale anche se, nel 2007, il Southern Alberta Child and Youth Health Network (SACYHN), una collaborazione volontaria tra individui e organizzazione del sud Alberta, ha condotto una revisione della letteratura proprio su questo argomento prendendo in considerazione un database per gli anni 2000-2011 per bambini di età tra 0 e 18 anni.

Con FCC si intende il momento in cui il paziente e i suoi familiari vengono messi al centro dell'assistenza quando si prende una decisione perché solo loro conoscono le necessità e i valori di cui hanno bisogno; si verrà quindi a creare una relazione tra professionisti e famiglia basata sul rispetto e il reciproco scambio di idee e pareri.

Il collaborare attivamente da parte delle famiglie è stato un processo lento a causa della loro difficoltà a sostenere il cambiamento nella salute mentale, a differenza di altre aree della salute. Si è passati dal vedere la famiglia come parte del problema a vederla come parte della soluzione e ciò recherà beneficio nell'offrire loro educazione.

Lo sviluppo dell'assistenza incentrata sulla famiglia richiede un impegno anche da parte delle alte dirigenze perché è necessario supportare i professionisti nel loro compito attraverso strategie e la crescita di una nuova visione tale da coinvolgere bambini, famiglie e sistemi extra-familiari quali scuole, lavoro, l'assistenza sanitaria di base e le istituzioni comunitarie o culturali.

Un momento particolare di questa assistenza è la fase di passaggio tra l'adolescenza e l'età adulta del bambino perché, desiderando maggiore indipendenza, è necessario individuare la sua fonte principale di sostegno che non sempre riguarda genitori o parenti stretti.

La FCC, durante il continuum della malattia mentale di un bambino, può, in alcune fasi, presentare dei momenti di acutizzazione e richiedere quindi un intervento immediato sotto il punto di vista assistenziale; di conseguenza la famiglia potrebbe non essere resa partecipe in questa fase di trattamento e nel corso del processo decisionale.

Gli operatori devono essere supportati affinché acquisiscano le competenze necessarie per concentrare l'assistenza attorno alla famiglia, considerando anche che questa operazione richiede tempo perché è necessario che si instauri una relazione.

La revisione ha mostrato come un approccio centrato sulla famiglia deve essere integrato nella politica e nella pratica se si vuole far sviluppare un sistema di salute mentale sicuro e di qualità. Il compito dei professionisti sanitari è quello di garantire l'assistenza continua collaborando con tutta la famiglia al fine di ottimizzare la salute mentale, il benessere e di conseguenza la qualità di vita presente e futura di bambini e giovani.

“Developing effective therapeutic relationships with children, young people and their families” è il titolo di uno studio condotto nel 2014 da Roberts Jane et al, docente presso l'università di Salford; questo si concentra principalmente sul rapporto che si deve venire a creare tra l'infermiere e la famiglia, riflettendo in particolar modo sulle caratteristiche professionali e personali del professionista.

La relazione terapeutica può essere rappresentata come una serie di cerchi concentrici sul cui centro è posta la famiglia e l'assistito; proseguendo verso l'esterno troviamo l'infermiere che si occupa di loro, le caratteristiche principali quali empatia, fiducia, intelligenza emotiva, transfert e contro-transfert.

L'anello più esterno è delineato dai confini professionali intesi come limiti oltre i quali l'infermiere non è tenuto a spingersi, dovrà concentrare la sua assistenza all'individuo e alla famiglia solamente sulle competenze e abilità che può svolgere.

Affinché il legame avvenga, è necessario che il professionista faccia riferimento a quelle che, secondo il Dipartimento della Salute del National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services, nel 2012 definirono come le 6C:

- Care (cura, attenzione): dimostrare alla famiglia che ci si vuole prendere cura di loro attraverso il rispetto, il soddisfacimento dei bisogni e la creazione di un rapporto basato sulla fiducia

- Commitment (impegno): il compito dell'infermiere è quello di consultarsi con la famiglia e informarli al fine di far gestire loro le proprie necessità
- Compassion (compassione): è caratterizzata dalla capacità di essere empatici e dimostrare di aver capito la loro prospettiva
- Courage (coraggio): è necessario essere capaci di far suscitare preoccupazioni quando queste riguardano problemi importanti per la famiglia
- Competence (competenza): nell'educare le persone che l'infermiere si trova a dover assistere, è importante che lui lo faccia attraverso le ultime e migliori evidenze scientifiche al fine di fornire le cure ottimali mettendo sempre la famiglia come fulcro dell'assistenza
- Communication (comunicazione): è la base dell'assistenza perché, solo grazie ad essa, l'infermiere è in grado di riconoscere i bisogni e può seguire il percorso di cura mantenendo uno stretto rapporto con la famiglia

La relazione terapeutica è, per concludere, di fondamentale importanza se il professionista vuole garantire un'assistenza mirata ai bisogni e alle necessità dell'assistito e della sua famiglia. L'infermiere deve saper insegnare affinché il nucleo familiare possa raggiungere una serie di competenze per gestire la malattia con maggior consapevolezza e avere un ruolo attivo nella patologia che li coinvolge.

4. IL PROCESSO DI NURSING

Il processo di nursing è un approccio sistematico usato per identificare, prevenire e trattare problemi di salute reali o di rischio di una persona, delle famiglie e della comunità e per individuare i punti di forza del paziente e per promuoverne il benessere. Se quest'ultimo non può essere ottenuto, il processo di nursing deve contribuire alla qualità di vita della persona massimizzando le sue risorse.

Consiste infine, in una serie ben definita di atti che permettono di raggiungere gli obiettivi preposti durante l'assistenza infermieristica.

Il fine di questo processo è quello di mettere al centro dell'assistenza la persona e le sue risorse con l'obiettivo di promuovere l'autocura ovvero l'insieme di azioni che, se attuate il modo continuo ed efficace, regolano lo sviluppo ed il funzionamento umano e sono quindi necessarie per la continuità della vita.

Il processo di assistenza infermieristico consta di cinque fasi:

1. Accertamento (raccolta e organizzazione dei dati)
2. Diagnosi infermieristica (identificazione dei problemi di salute)
3. Pianificazione degli interventi
4. Attuazione degli interventi
5. Valutazione dei risultati

Alla base di tutte le fasi l'infermiere si avvale dell'uso del pensiero critico definito da Chaffree (2002) come: “[...] un processo cognitivo, attivo e organizzato usato per esaminare attentamente il proprio pensiero e quello degli altri”. È indispensabile per trasferire le conoscenze teoriche dell'infermieristica all'esercizio professionale, conferma ciò che si conosce e, grazie alla razionalità e alla riflessione, chiarisce ciò che non si conosce (Wilkinson JM., Processo infermieristico e pensiero critico, 2013).

La prima fase del processo di assistenza è l'*accertamento* che, tramite un'intervista, permette la raccolta di dati che permetteranno all'infermiere di determinare lo stato di salute della persona (Carpenito-Moyet, 2005).

In base alle condizioni dell'individuo è possibile distinguere:

- **Accertamento iniziale:** viene svolto al momento del ricovero o durante la prima visita a domicilio o in ambulatorio; lo scopo è quello di valutare lo stato di salute

della persona fornendo un database che permette di determinare eventuali cambiamenti nelle valutazioni successive

- Accertamento mirato: all'infermiere vengono forniti dati su un solo problema di salute che era stato identificato in precedenza
- Accertamento a distanza: è un ri-accertamento completo di tutti i modelli fisiologici a distanza di intervalli di tempo variabili
- Accertamento d'emergenza: viene effettuato in una situazione pericolosa per la vita della persona quando c'è un cambiamento improvviso e repentino dello stato di salute

Le fonti grazie alle quali l'infermiere compie la raccolta dei dati possono essere primarie se è l'assistito stesso a dare le informazioni oppure secondarie se ci si affida a familiari o conoscenti, test di laboratorio e documentazioni di altri operatori.

Quest'ultime possono essere particolarmente utili se il paziente si trova in uno stato in cui ha un'alterazione del livello di coscienza, un forte dolore, malattie o età che non permettono la raccolta dei dati.

Affinché l'accertamento venga eseguito correttamente, anche il luogo in cui esso viene svolto gioca un ruolo importante perché è necessario ridurre le distrazioni esterne, deve essere un ambiente tranquillo e riservato che permetta alla persona di sentirsi a proprio agio di esprimere le proprie informazioni e considerazioni.

L'accertamento infermieristico risulta essere composto di quattro fasi:

- Osservazione: richiede al professionista di usare tutti i sensi per avere un'impressione generale della persona
- Intervista: attraverso la comunicazione vengono raccolti tutti i dati riguardanti il suo stato di salute, solitamente viene fatto seguendo gli 11 modelli funzionali di Gordon
- Intuizione: avviene attraverso l'uso dell'esperienza e dell'istinto dell'infermiere per dare un giudizio clinico sul paziente
- Esame fisico: raccolta di dati oggettivi attraverso l'ispezione, la palpazione, la percussione e l'auscultazione

La seconda fase riguarda la formulazione della *diagnosi infermieristica* che viene definita come un “giudizio clinico riguardante le esperienze/risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali. Costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere dei risultati di cui l’infermiere ha la responsabilità” (NANDA-I, 2009).

La diagnosi infermieristica è perciò parte essenziale del processo di nursing perché, a seguito di un corretto accertamento nel quale vengono identificati i problemi di salute, l’infermiere potrà riconoscere quelli prioritari e stabilire poi gli obiettivi e gli interventi. Per rendere tutto ciò universale e standardizzato viene adoperata una tassonomia che usa un linguaggio proprio con regole e principi ben precisi; quella più usata nel mondo è la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Si distinguono tre diversi tipi di diagnosi infermieristiche all’interno del NANDA:

- Attuali o reali: il problema è presente al momento dell’accertamento infermieristico, sono presenti segni e sintomi
- Di rischio o potenziali: sono presenti, al momento dell’accertamento, fattori di rischio che rendono l’individuo o la comunità suscettibili ad eventuali problemi
- Di benessere: giudizio clinico effettuato sulla capacità di miglioramento per passare da uno stato di benessere ad un livello superiore

Un’ulteriore diagnosi è quella a sindrome, solitamente assegnata ad un gruppo di diagnosi che avvengono nello stesso momento; è riservata quindi per problemi complessi.

Si ritiene opportuno fare una precisazione riguardo i problemi collaborativi che rappresentano delle condizioni in cui l’infermiere è responsabile nel riconoscere l’insorgenza e collabora nella loro gestione e prevenzione. Dare una risposta a un problema collaborativo significa contribuire con interventi infermieristici e prescrizioni mediche. Solitamente si tratta di una complicanza potenziale, l’infermiere sarà tenuto quindi a monitorare costantemente il paziente e ridurre il verificarsi degli eventi.

Con il terzo momento del processo di nursing, ovvero quello la *pianificazione*, il professionista va a delineare i problemi ritenuti più importanti e prioritari rispetto alle condizioni di salute del paziente, decide quali saranno le finalità da raggiungere tramite la selezione di alcuni interventi.

Un obiettivo è un risultato che ci si aspetta di ottenere e, affinché possa essere considerato

tale, è necessario che venga scelto a seconda dei bisogni dell'assistito. L'acronimo SMART racchiude al suo interno le caratteristiche che esso dovrebbe avere:

- Specific (specifico)
- Measurable (misurabile)
- Achievable (raggiungibile)
- Realistic (realistico)
- Time-constrained (con una data limite)

Alcuni studiosi hanno deciso di aggiungere anche il suffisso -ER per descriverlo come ethical (etico) e recorded (registrato).

La Nursing Outcomes Classification (NOC) è la classificazione tassonomica dei risultati, definizioni e indicatori che descrivono con precisione ogni obiettivo.

Al fine di giungere al risultato, il professionista andrà a riconoscere quelli che sono gli interventi infermieristici: sono definiti per migliorare il problema di salute o per ridurre i fattori di rischio che, a lungo andare, avrebbero portato allo sviluppo della patologia; anche in questo caso, l'Iowa Intervention Project, ha sviluppato una tassonomia, la *Nursing Intervention Classification* (NIC) in modo da poter standardizzare in linguaggio tra i vari operatori.

La quarta fase riguarda l'*attuazione degli interventi* che hanno come scopo finale quello di raggiungere gli obiettivi prefissati.

Durante l'attuazione l'infermiere non sarà solo un impassibile osservatore ma, vista la dinamicità del piano, potrà modificarlo in base alle condizioni del paziente e, se necessario, dovrà cercare supporto in altri membri dell'equipe.

Il raggiungimento degli obiettivi è misurabile tramite l'uso di scale, ciò permette al professionista di riproporre una nuova valutazione se quelli prefissati non sono più concretizzabili; si assisterà di conseguenza ad una revisione del piano di assistenza.

La *valutazione dei risultati* conclude il processo di nursing; in questa fase si verifica l'efficacia del piano proposto e si appura se gli obiettivi sono stati raggiunti pienamente o solo in parte. L'infermiere sarà tenuto a valutare inoltre se le necessità del paziente e della sua famiglia sono state soddisfatte e se alcuni interventi sono stati indispensabili o se dovranno essere corretti anche in rispetto delle priorità.

Il processo di pianificazione assistenziale, per concludere, può essere rappresentato come una spirale in quanto l'assistito, al fine di esso, non si troverà nello stesso stato di partenza ma un cambiamento, anche minimo, in lui sarà avvenuto. Non è un cerchio che si chiude.

4.1 Processo assistenziale per pazienti con disturbi del comportamento alimentare

Il seguente piano semi-standardizzato prende in considerazione alcune diagnosi infermieristiche reali e di rischio, tratte dal NANDA, che potrebbero interessare un soggetto con disturbi del comportamento alimentare. Queste sono state raggruppate secondo gli 11 modelli di Gordon.

Il semi standardizied nursing care plan (SSNCP) è un piano d'azione che rivolge il suo interesse in modo mirato e unico alla persona; è standardizzato in quanto è uno strumento efficace che può essere usato a domicilio o in ambulatorio e garantisce l'uso di un linguaggio condiviso fra i vari professionisti.

Alle diagnosi sono associati risultati di salute (NOC) e interventi (NIC), appositamente selezionati, per guidare l'infermiere durante le fasi del processo di nursing.

Gli obiettivi sono valutati secondo la Scala di Likert, ideata nel 1932 da Rensis Likert, essa permette di misurare opinioni e atteggiamenti in un modo semplice garantendo feedback precisi. Nel caso del processo assistenziale, permette al professionista di valutare costantemente i progressi o meno dell'individuo; grazie ad essa, può inoltre, rielaborare il piano assistenziale in caso di eventuali problematiche.

Legenda scala di Likert

Grave	1				
Sostanziale		2			
Moderata			3		
Lieve				4	
Nessuna					5

Scarso	1				
Discreto		2			
Buono			3		
Molto buono				4	
Eccellente					5

4.1.1 Inefficace autogestione della salute

NOC					
Conoscenze: gestione del disturbo del comportamento alimentare	1	2	3	4	5
Peso ottimale da raggiungere/livello di peso ottimale per la salute
Abitudini alimentari salutari
Relazioni tra dieta, esercizio fisico e peso corporeo
Risultati raggiungibili nell'aumento di peso corporeo
Influenza negativa sulla salute degli stati emotivi sull'assunzione di cibi e di liquidi
Adeguate assunzione quotidiana di liquidi
Assunzione di nutrienti appropriata per le necessità metaboliche
Segni e sintomi di deficit nutrizionali
Strategie per diminuire l'ossessione/il pensiero fisso sul cibo
Strategie per evitare l'abuso di lassativi
Strategie per evitare l'abitudine ad abbuffarsi/a mangiare smodatamente/alimentazione incontrollata
Fattori che provocano ricadute
Disponibilità di gruppi di supporto
Quando rivolgere e/o contattare un professionista della salute
Comportamento di adesione: dieta prescritta	1	2	3	4	5
Partecipa nel fissare obiettivi dietetici con il professionista della salute
Mangia alimenti congruenti con la dieta prescritta
Segue le raccomandazioni per l'assunzione di alimenti e liquidi tra i pasti

(continua)

Pianifica pasti congruenti con la dieta prescritta	.	.	.	.	.
Usa un diario per monitorare nel tempo l'assunzione di alimenti e liquidi	.	.	.	.	.
Motivazione	1	2	3	4	5
Autoinduce comportamenti diretti verso un obiettivo	.	.	.	.	.
Accoglie le opportunità di partecipazione	.	.	.	.	.
Crede che l'azione condurrà al risultato sperato	.	.	.	.	.
Esprime volontà di agire	.	.	.	.	.

NIC

Condivisione di obiettivi

- determinare come la persona riconosce i propri problemi
- aiutare la persona nell'identificazione di obiettivi realistici e raggiungibili
- costruire e usare una scala per misurare il conseguimento degli obiettivi
- esplorare insieme alla persona quali sono i modi migliori per conseguire gli obiettivi
- fissare un punteggio per il raggiungimento degli obiettivi

Insegnamento: processo patologico

- valutare l'attuale livello di conoscenza da parte della persona di uno specifico processo di malattia
- riconoscere la conoscenza della propria condizione da parte della persona
- identificare i cambiamenti avvenuti nello stato fisico della persona
- parlare delle opzioni relative alla terapia/trattamento
- analizzare se possibile risorse/sostegno, se appropriato

Assistenza nella modifica di sé

- aiutare la persona a identificare un obiettivo specifico di cambiamento
- identificare insieme all'assistito la strategia più efficace per il cambiamento del comportamento
- assistere la persona nell'identificare metodi di controllo delle motivazioni comportamentali

4.1.2 Comportamento relativo alla salute che può causare rischi

NOC					
Comportamento di aderenza	1	2	3	4	5
Usa strategie per eliminare comportamenti non salutari	.	.	.	.	.
Offre un motivo logico per il cambiamento dal regime raccomandato	.	.	.	.	.
Rivolge domande relative alla salute	.	.	.	.	.
Usa strategie per ottimizzare la salute	.	.	.	.	.
Resilienza personale	1	2	3	4	5
Adotta efficaci strategie di coping	.	.	.	.	.
Esprime le proprie emozioni	.	.	.	.	.
Compie progressi verso gli obiettivi	.	.	.	.	.
Identifica le risorse disponibili nella comunità	.	.	.	.	.
Partecipa alle attività della comunità	.	.	.	.	.
Convinzioni relative alla salute: percezione del proprio controllo	1	2	3	4	5
Richiesta di coinvolgimento nelle decisioni sulla salute	.	.	.	.	.
Volontà di avere un reale desiderio di vivere	.	.	.	.	.
Percezione della responsabilità per le decisioni sulla salute	.	.	.	.	.

NIC

Sostegno nella modifica del comportamento

- determinare la motivazione della persona al cambiamento
- incoraggiare la persona a esaminare il proprio comportamento
- determinare se l'obiettivo comportamentale da cambiare ha bisogno di essere ingrandito, diminuito o appreso
- facilitare il coinvolgimento dei familiari nel processo di modifica, se appropriato

Sostegno al processo decisionale

- aiutare la persona a chiarire valori e attese che possono sostenerla nel compiere scelte di vita critiche
- aiutare la persona a identificare i vantaggi e gli svantaggi di ciascuna alternativa
- facilitare il processo decisionale collaborativo

Educazione alla salute

- determinare il contesto personale e la storia socio-culturale del comportamento della persona, della famiglia o della comunità nei confronti della salute
- determinare l'attuale livello di conoscenze relative alla salute e i comportamenti che caratterizzano lo stile di vita della persona, della famiglia o del gruppo scelto come destinatario
- formulare gli obiettivi del programma di educazione alla salute
- identificare le risorse (per esempio, personale, spazi, attrezzature, fondi) necessarie per svolgere il programma
- usare presentazioni di gruppo per dare sostegno e diminuire la paura dei discenti che si trovano a fronteggiare problemi o preoccupazioni simili, se appropriato
- determinare qual è il sostegno che può venire dalla famiglia, da amici e coetanei e dalla comunità a comportamenti che contribuiscono alla salute
- servirsi di sistemi di supporto sociali e familiari per aumentare l'efficacia di modifiche comportamentali che interessano la salute e lo stile di vita

4.1.3 Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico

NOC					
Stato nutrizionale: assunzione di alimenti e liquidi	1	2	3	4	5
Apporto di alimenti via orale
Apporto di liquidi via orale
Conoscenze: dieta salutare	1	2	3	4	5
Peso ottimale da raggiungere/livello di peso ottimale per la salute
Assunzione quotidiana adeguata di liquidi
Raccomandazioni dietetiche su grassi, proteine e carboidrati
Raccomandazioni sulle porzioni di cibo
Importanza di distribuire l'assunzione di cibo durante tutto il giorno
Strategie per aumentare l'adesione alla dieta

NIC
Gestione dei disturbi del comportamento alimentare
<ul style="list-style-type: none"> - collaborare con gli altri componenti dell'equipe assistenziale allo sviluppo di un piano di trattamento; coinvolgendo l'assistito e/o altre persone significative, se necessario - consultarsi con il gruppo e con la persona assistita per fissare come obiettivo un determinato peso corporeo se la persona non rientra nel range di peso - consultare il dietista per determinare l'apporto giornaliero di calorie necessario per raggiungere e/o mantenere il peso corporeo fissato - sviluppare con l'assistito una relazione di sostegno - fissare gli obiettivi per appropriati comportamenti relativi a come mangiare, alla quantità di liquidi/alimenti e alla quantità di attività fisica

(continua)

- aiutare l'assistito (e altre persone significative, se appropriato) a esaminare e risolvere i problemi personali che possono contribuire al disordine alimentare
- monitorare con regolarità il peso corporeo della persona
- fornire sostegno e guida, se necessario
- aiutare la persona a valutare l'appropriatezza/le conseguenze delle scelte riguardanti l'alimentazione e l'attività fisica
- stabilire un nuovo protocollo per l'aumento ponderale se la persona non è in grado di rimanere entro il range di peso stabilito
- stilare un programma di follow-up (medico, counseling) per la gestione domiciliare
- limitare l'attività fisica per promuovere l'aumento ponderale

Assistenza nell'aumento del peso corporeo

- pesare la persona a intervalli stabiliti, se appropriato
- fornire all'assistito gli alimenti appropriati: dieta normale, dieta leggera, cibi frullati o preparazioni commerciali da somministrare mediante sondino nasogastrico o gastrostomia, soluzione per nutrizione parenterale totale, secondo la prescrizione del medico
- discutere con l'assistito e con i suoi familiari le percezioni o i fattori che possono interferire con la capacità o il desiderio di mangiare
- incoraggiare la partecipazione a gruppi di sostegno, se appropriato

Counseling nutrizionale

- stabilire una relazione terapeutica fondata sulla fiducia e sul rispetto
- facilitare l'identificazione dei comportamenti alimentari che devono essere cambiati
- fissare obiettivi realistici a breve e lungo termine per un cambiamento dello stato nutrizionale
- aiutare la persona a registrare gli alimenti che normalmente assume nell'arco delle 24 ore
- parlare del significato che ha il cibo per la persona

4.1.4 Rischio di squilibrio elettrolitico

NOC					
Bilancio idrico	1	2	3	4	5
Pressione arteriosa
Frequenza cardiaca
Bilancio tra assunzione ed eliminazione nelle 24 ore
Stabilità del peso corporeo
Elettroliti ematici
Idratazione	1	2	3	4	5
Umidità delle mucose
Assunzione adeguata di liquidi
Calo del peso corporeo

NIC
Monitoraggio degli elettroliti
<ul style="list-style-type: none"> - monitorare il livello sierico degli elettroliti - monitorare per rilevare una eventuale perdita di liquidi e una perdita associata di elettroliti, se appropriato - educare l'assistito e/o i suoi familiari su specifiche modifiche da apportare alla dieta, se appropriato
Identificazione dei rischi
<ul style="list-style-type: none"> - determinare le necessità di base per vivere - determinare l'adesione alle terapie mediche e infermieristiche - educare sui fattori di rischio e pianificare per la loro riduzione - attivare l'invio degli assistiti a professionisti della salute e/o strutture, se appropriato - pianificare il monitoraggio a lungo termine dei rischi per la salute

4.1.5 Disturbo dell'immagine corporea

NOC					
Identità	1	2	3	4	5
Si oppone alle immagini negative di se stesso	.	.	.	.	.
Distingue i conflitti interpersonali da quelli interiori	.	.	.	.	.
Dichiara fiducia in se stesso	.	.	.	.	.
Esprime un chiaro senso di identità personale	.	.	.	.	.
Consapevolezza di sé	1	2	3	4	5
Riconosce i propri limiti fisici	.	.	.	.	.
Riconosce i propri limiti psichici	.	.	.	.	.
È consapevole dei propri pensieri	.	.	.	.	.
Riflette sulle interazioni con gli altri	.	.	.	.	.
Comportamenti volti all'incremento del peso corporeo	1	2	3	4	5
Ottiene assistenza da un professionista della salute per mantenere un peso corporeo ottimale	.	.	.	.	.
Fissa obiettivi di aumento di peso raggiungibili.	.	.	.	.	.
Partecipa ai gruppi di sostegno	.	.	.	.	.
Monitorizza il peso corporeo	.	.	.	.	.
Autocontrollo delle distorsioni del pensiero	1	2	3	4	5
Interagisce appropriatamente con gli altri	.	.	.	.	.
Dimostra modelli logici nel flusso dei pensieri	.	.	.	.	.
Mostra contenuti di pensieri appropriati	.	.	.	.	.
Manifesta la capacità di cogliere le idee altrui	.	.	.	.	.

NIC

Gestione del peso corporeo

- discutere dei rischi associati al sovrappeso e al sottopeso
- esortare la persona a fissare, per iscritto, obiettivi settimanali realistici relativi all'apporto alimentare e all'esercizio fisico e a esporli in modo tale da poterli consultare giornalmente
- informare l'assistito dell'esistenza di gruppi di sostegno disponibili per l'assistenza

Ascolto attivo

- mostrare interesse per l'assistito
- mostrare consapevolezza e sensibilità nei confronti delle emozioni
- adottare un comportamento non verbale che faciliti la comunicazione (per esempio, essere consapevoli dei messaggi non verbali che la posizione fisica sta inviando)
- essere consapevoli di tono, ritmo, volume, altezza e inflessione della voce
- chiarire un messaggio mediante domande e feedback

Counseling

- stabilire una relazione terapeutica fondata sulla fiducia e sul rispetto
- dimostrare empatia, calore e autenticità
- usare tecniche di riflessione e chiarificazione per aiutare la persona a esprimere le proprie preoccupazioni
- determinare come il comportamento dei familiari influenza la persona
- incoraggiare la sostituzione di abitudini indesiderate con abitudini desiderate

Potenziamento della consapevolezza di sé

- incoraggiare la persona a riconoscere e parlare dei propri pensieri e sentimenti
- aiutare la persona a identificare l'impatto della malattia sul suo concetto di sé
- aiutare la persona ad acquisire la consapevolezza delle proprie autoaffermazioni negative
- aiutare la persona a identificare fonti di motivazione
- aiutare la persona a identificare i comportamenti autodistruttivi

Terapia di gruppo

- formare un gruppo di dimensioni ottimali (da 5 a 12 membri)
- aiutare il gruppo a risolvere il problema della resistenza al cambiamento

(continua)

- incoraggiare i componenti del gruppo a condividere con gli altri quello che hanno in comune

- utilizzare il gioco di ruolo e il problem solving, se appropriato

Prevenzione del suicidio

- determinare la presenza e il livello del rischio di suicidio

- coinvolgere la persona nella pianificazione del proprio trattamento, come appropriato

- educare la persona sulle strategie di coping (per esempio, educazione all'assertività, controllo degli impulsi, rilassamento muscolare progressivo), come appropriato

- interagire con la persona a intervalli regolari per fornire assistenza e apertura e per darle un'opportunità di parlare dei suoi sentimenti

- assistere la persona a identificare la rete delle persone di sostegno e le risorse (per esempio, clero, assistenti sociali)

- fornire informazioni su quali risorse di comunità e programmi per esterni sono disponibili

4.1.6 Processi familiari disfunzionali

NOC					
Integrità della famiglia	1	2	3	4	5
Coinvolge i familiari nella soluzione di un problema
I familiari condividono pensieri, sentimenti, interessi e preoccupazioni
I familiari comunicano tra loro in modo onesto e aperto
Sostegno sociale	1	2	3	4	5
Volontà di chiamare altri per l'assistenza
Relazioni basate sulla fiducia
Rete di assistenza sociale
Contatti di sostegno sociale
Coping della famiglia	1	2	3	4	5
Coinvolge i componenti della famiglia nell'adozione di decisioni
Adotta strategie per gestire i conflitti familiari
Utilizza le risorse di comunità disponibili
Utilizza il sistema di sostegno disponibile per la famiglia

NIC	
Promozione dell'integrità della famiglia	
<ul style="list-style-type: none"> - stabilire un rapporto di fiducia con i componenti della famiglia - identificare le priorità che creano conflitti tra i componenti della famiglia - aiutare i familiari nella soluzione dei conflitti - consigliare i componenti della famiglia su nuove ed efficaci abilità di coping da usare per loro stessi - collaborare con i familiari nella presa di decisioni e nella soluzione dei problemi - facilitare una comunicazione aperta tra i componenti della famiglia 	

(continua)

- dare indicazioni per la terapia familiare, quando è il caso
- incoraggiare i familiari a mantenere relazioni positive

Sostegno della famiglia

- promuovere una speranza realistica
- facilitare la comunicazione delle preoccupazioni/emozioni tra il malato e i familiari o tra i componenti della famiglia
- orientare i familiari al contesto assistenziale, come l'ospedale o l'ambulatorio
- dare indicazioni per la terapia familiare, se indicato
- presentare i familiari ad altre famiglie che stanno facendo esperienze simili, se appropriato

Valorizzazione dell'immagine corporea

- aiutare la persona a tenere separato l'aspetto fisico dal senso del proprio valore, se appropriato
- aiutare la persona a discutere dei cambiamenti causati dalla pubertà, se appropriato
- aiutare la persona a discutere dei cambiamenti causati dall'età, se appropriato
- aiutare la persona a discutere degli agenti stressanti che interessano l'immagine corporea a seguito di condizioni congenite, traumi, malattie o interventi chirurgici
- stabilire la percezione che la persona e i suoi familiari hanno dei cambiamenti dell'immagine corporea in confronto alla realtà
- stabilire se un cambiamento nell'immagine corporea ha contribuito ad aumentare l'isolamento sociale
- identificare i gruppi di sostegno che sono disponibili ad aiutare la persona

4.1.7 Resilienza compromessa della persona

NOC					
Autostima	1	2	3	4	5
Comunicazione aperta	.	.	.	.	.
Equilibrio tra partecipazione e ascolto nei gruppi	.	.	.	.	.
Livello di fiducia	.	.	.	.	.
Volontà di confronto con gli altri	.	.	.	.	.
Percezione del proprio valore	.	.	.	.	.
Conoscenze: gestione della depressione	1	2	3	4	5
Segni e sintomi fisici della depressione	.	.	.	.	.
Importanza di completare il regime di trattamento	.	.	.	.	.
Strategie per favorire il recupero	.	.	.	.	.
Disponibilità di gruppi di sostegno	.	.	.	.	.
Disponibilità di risorse di comunità	.	.	.	.	.
Stato di salute personale	1	2	3	4	5
Peso corporeo entro la norma	.	.	.	.	.
Stato nutrizionale	.	.	.	.	.
Salute mentale	.	.	.	.	.
Relazioni sociali	.	.	.	.	.

NIC**Miglioramento della socializzazione**

- incoraggiare i rapporti con le persone che hanno interessi e obiettivi comuni
- incoraggiare le attività sociali e collettive
- facilitare la partecipazione dell'assistito a gruppi di narrazione
- fornire un riscontro sul miglioramento della cura di sé o su altre attività
- aiutare l'assistito ad accrescere la consapevolezza dei punti di forza e dei limiti nella comunicazione con gli altri
- incoraggiare l'aggregazione in piccoli gruppi per la pianificazione di particolari attività

Promozione della resilienza

- facilitare la coesione familiare
- incoraggiare il sostegno della famiglia
- facilitare la comunicazione all'interno della famiglia
- informare e coinvolgere la comunità nei programmi rivolti ai giovani
- facilitare lo sviluppo e l'uso delle risorse del territorio

4.1.8 Rischio di violenza rivolta a se stessi

NOC					
Volontà di vivere	1	2	3	4	5
Espressione di determinazione di vivere
Espressione di senso di controllo
Interesse per la propria malattia
Interesse per i propri trattamenti
Uso di strategie per compensare i problemi associati alla malattia
Uso di strategie per migliorare la salute
Autocontrollo dell'ideazione suicidaria	1	2	3	4	5
Dimostra costanza delle relazioni
Controlla gli impulsi
Si astiene dall'infliggersi ferite gravi
Rispetta gli accordi
Usa gruppi di sostegno sociali
Si rivolge ai servizi di salute mentale disponibili
Autocontrollo dell'autolesionismo	1	2	3	4	5
Evita di trovare giustificazioni per l'autolesionismo
Rispetta l'impegno a non farsi del male
Evita di ferirsi da solo
Utilizza strategie di coping efficaci

NIC
Sostegno nella gestione del comportamento: autolesionismo
<ul style="list-style-type: none"> - determinare il motivo/la ragione del comportamento - comunicare all'assistito le aspettative e le conseguenze dei suoi comportamenti - rimuovere gli eventuali oggetti pericolosi dall'ambiente dell'assistito

(continua)

- assicurare una continua sorveglianza dell'assistito e dell'ambiente
- comunicare il possibile rischio ad altri caregiver
- aiutare la persona a identificare le situazioni e/o gli stati d'animo che la possono indurre a farsi del male
- affrontare i comportamenti autolesionistici con un approccio calmo e non punitivo
- monitorare l'assistito per rilevare eventuali impulsi autolesionistici che possono progredire fino a pensieri/gesti di suicidio

Gestione dell'ambiente: prevenzione della violenza

- rimuovere dall'ambiente ciò che potrebbe essere usato come un'arma (per esempio, oggetti affilati e utilizzabili come corda)
- ispezionare regolarmente l'ambiente per mantenerlo privo di rischi
- limitare l'accesso alle finestre, a meno che non siano provviste di un dispositivo di chiusura ermetica, se appropriato
- allontanare le altre persone dall'assistito violento o potenzialmente violento

Terapia alla famiglia

- condividere con i familiari il piano terapeutico
- fornire educazione e informazioni
- determinare i punti di forza e le risorse della famiglia
- aiutare la famiglia a fissare obiettivi verso modalità più efficaci per gestire i comportamenti disfunzionali

Promozione del coinvolgimento della famiglia

- stabilire una relazione personale con il malato e con i familiari che saranno coinvolti nell'assistenza
- identificare i desideri dei familiari in merito al loro coinvolgimento con la persona assistita
- incoraggiare i familiari e l'assistito a partecipare alla stesura di un piano d'assistenza, compresi i risultati attesi, e alla sua messa in atto

CONCLUSIONI

La seguente tesi si è aperta con uno sguardo nel passato, a come “il rifiuto del cibo” era visto come un’arte, fino ad arrivare all’ultima definizione che il DSM-V dà riguardo all’anoressia e alla bulimia.

Ci si è soffermati poi sul punto di vista psicologico dei disturbi del comportamento alimentare e quanto questi siano legati alle due figure più importanti nella vita di un individuo: i genitori.

L’infermiere, in questa circostanza, gioca un compito fondamentale soprattutto per quanto riguarda il contesto domiciliare e ambulatoriale. Basilari saranno le strategie che lui propone affinché il soggetto e la sua famiglia siano al centro della relazione di cura e dell’assistenza.

Si è arrivati infine alla creazione di un piano semi-standardizzato nel quale sono stati eliminati i codici delle diagnosi, degli obiettivi e degli interventi al fine di renderlo semplificato ed utilizzabile per ogni professionista che deciderà di farne uso.

Il semi standardized nursing care plan (SSNCP) è un piano di semplice uso ma che permette all’infermiere di pianificare la corretta assistenza per il gruppo di soggetti a cui è dedicato; potrebbe essere una valida soluzione, oltre in ambito ambulatoriale e domiciliare, nel contesto ospedaliero quando, a causa del tempo limitato, non è possibile pianificare l’assistenza per tutti i pazienti.

L’impiego di un qualcosa già pronto e schematizzato potrebbe essere la giusta soluzione.

Desidererei concludere con il titolo di un’intervista fatta a Massimo Recalcati nel giugno 2018: *“Anoressia, malattia dell’amore. Non è l’appetito che va curato”*.

Questa citazione racchiude l’essenza della tesi, non bisogna fermarsi davanti al sintomo ma andare oltre, curare ciò che porta il soggetto ad essere tale.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione. Raffaello Cortina Editore.

Barthes, R. (1984). *L'impero dei segni*. (pp. 26-27). Editore Einaudi, Torino.

Binswanger, L. (1973). *La fissazione*, in *Essere del mondo*. Astrolabio Editore, Roma.

Blesio, F. (7 giugno 2018). Recalcati: “Anoressia, malattia dell'amore. Non è l'appetito che va curato.” Corriere di Bologna. Ultimo accesso: 18 ottobre 2022.

https://corrieredibologna.corriere.it/bologna/cronaca/18_giugno_03/recalcati-malattie-dell-amore-non-l-appetito-che-va-curato-ac332694-67c8-11e8-81ca-a97d9accba89.shtml.

Caporale, A. (2020, 10 settembre). Le barriere della comunicazione. #Sociocounseling. Ultimo accesso: 17 ottobre 2022. <https://www.sociocounseling.it/le-barriere-alla-comunicazione/>.

De Clercq, F. (1990). *Tutto il pane del mondo*. (p.141). Sansoni Editore, Firenze.

De Clercq, F. (1995). *Donne invisibili*. (p.115). Rizzoli Editore, Milano.

Documento Europeo salute per tutti dell'OMS – Health 21: the health for all policy for the WHO European Region. Copenaghen, ufficio regionale OMS per l'Europa, 1998 (European health for all series n. 6). Ultimo accesso: 18 ottobre 2022.

Herpertz-Dahlmann B. (2015). Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(1), 177–196. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.003>.

Joanne McCloskey Dochtermann, H. K. Butcher, G.M. Bulecheck, C. Wagner, L.A. Rigon (2020). *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*. Editore C.E.A., Milano.

Kafka, F. (1976). *Un digiunatore*, in *Tutti i racconti*. (Pocar E., A cura di). Editore Mondadori, Milano.

Lacan, J. (1979). *Il Seminario XI, I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*. (p.183). Editore Einaudi, Torino.

Lacan, J. (1991). *Le Séminaire. Livre XVII, L'envers de la psychanalyse*. (p.121). Editore Seuil, Parigi.

MacKean, G., Spragins, W., L'Heureux, L., Popp, J., Wilkes, C., & Lipton, H. (2012). Advancing family-centred care in child and adolescent mental health: a critical review of the literature. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, 15 Spec No 4, 64–75.
<https://doi.org/10.12927/hcq.2013.22939>.

Miller W., Rollnick S. (2004). *Il colloquio motivazionale*. Edizioni Erickson, Trento.

Miller WR., Rollnick S. (1991). *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behaviors*. The Guilford Press, New York-London. (tr.it. *Il colloquio motivazionale*. Edizioni Centro Studi Erickson, Trento, 1994).

Orem, D. (1992). *Nursing Concetti di pratica professionale (4ed)* a cura di Renzo Zanotti, Padova. Edizione Summa, Padova.

Recalcati, M. (1997). *L'ultima cena: anoressia e bulimia*. Editore Mondadori Bruno, Milano.

Recalcati, M. (A cura di). (2004). *Il corpo ostaggio. Teoria e clinica dell'anoressia-bulimia*. Seconda edizione. Editore Borla, Roma.

Roberts, J., Fenton, G., & Barnard, M. (2015). Developing effective therapeutic relationships with children, young people and their families. *Nursing children and young people*, 27(4), 30–36. <https://doi.org/10.7748/ncyp.27.4.30.e566>.

Saiani, L., & Brugnolli, A. (2013). *Trattato di cure infermieristiche* (2nd ed., Vol. 1). Editore Idelson-Gnocchi, Napoli.

Sue Moorhead, M. Johnson, M. Mass, E. Swanson, L.A. Rigon (2020). *Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute*. Editore C.E.A., Milano.

T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. (2021). *Diagnosi infermieristiche- definizioni e classificazioni 2021-2023*. Nanda International. Editore Zanichelli, Bologna.

Tobruk, D. (2020, 15 dicembre). Dorothea Orem e la Teoria del Self-Care (Self Care Deficit Nursing Theory). Ultimo accesso: 16 ottobre 2022.
<https://www.dimensioneinfermiere.it/dorothea-orem-la-teoria-del-self-care/>.

WHO, Europe. (1986). *World Health Organisation, Europe. Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa. Ultimo accesso 17 ottobre 2022.

Wilkinson, J.M. (2013). *Processo infermieristico e pensiero critico*. Terza edizione. Editore C.E.A., Milano.

World Health Organisation, Europe. Health 21 (1998). *The health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen. Ultimo accesso: 18 ottobre 2022.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio il mio relatore, il professor Maurizio Mercuri, per la professionalità e la disponibilità dimostrate durante questi tre anni e in questo periodo di stesura della tesi.

Al mio correlatore, Serafin, grazie veramente di cuore per avermi supportato e sopportato in questi mesi. Grazie per avermi fatto ricredere più volte in me stessa e nelle mie capacità anche quando avevo perso ogni minima speranza.

Grazie a chi ha mi ha cresciuta determinata, pignola e testarda, anche troppo;
a chi è stato felice delle mie scelte e a chi ha cercato di farmi cambiare più volte idea.
A chi mi è stato vicino con una parola, un abbraccio o con un “come stai?”;
a chi c’è sempre stato e a chi ho incontrato e reso parte di me nel corso del tempo;
a chi ha reso possibile che io arrivassi fino a qui.

Grazie alla Neuropsichiatria Infantile, la mia fonte di ispirazione, a tutte le domande, le perplessità, ai “ma perché è necessario arrivare a tanto?!”;
a tutte le ragazze che ho incontrato all’interno del reparto, abbiate il coraggio e la forza di farvi aiutare e sappiate che non siete sole a remare in mezzo al mare in tempesta.

Grazie a Federica, la mia spalla destra. Alle nostre giornate passate in università a studiare, agli audio chilometrici perché puntualmente non avevamo capito qualcosa ma soprattutto alle soddisfazioni e alle risate di questi tre anni. All’abbraccio, quello di rito dopo l’esame di tirocinio e a quel pianto che nessuna delle due si aspettava di fare ma che ci ha dato la forza di non arrenderci e di metterci alla prova ancora una volta.

Con la speranza che per oggi siamo riuscite a consegnare la tesi in tempo con tanto di bibliografia, ti auguro il grado più alto di felicità e di spensieratezza che la vita possa darti perché credimi, te lo meriti.

A questi tre anni pieni di impegno e sacrifici,
a me stessa e ai miei sogni,
a Te che da lassù mi proteggi.