



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**AUTOLESIONISMO E DISAGIO GIOVANILE:
IL RUOLO ATTIVO DELL'INFERMIERE**

Relatore:
Dott. Francesco Riccardi

Tesi di Laurea di:
Andrea Carnaroli

INDICE

1. INTRODUZIONE

1.1 Dalla promozione alla prevenzione della salute

1.2 L'infermiere tra cura e promozione relazionale della salute

1.3 Disagio giovanile: evoluzione e interpretazione di un problema sociale

1.4 Condotte a rischio e condotte autolesive in adolescenza

1.5 Autolesionismo come strategia di coping disadattiva

1.6 Impatto della pandemia di COVID-19 sull'aumento dei casi di autolesionismo tra i giovani

2. OBIETTIVO

3. MATERIALE E METODI

4. RISULTATI

5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

5.1 Assistenza infermieristica all'autolesionista

5.2 L'accesso al corpo: l'occhio dell'infermiere nella lettura dei segni

6. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUZIONE

1.1 Dalla promozione alla prevenzione della salute

La promozione della salute rappresenta un processo sociale e politico globale, che non comprende solo azioni volte a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui, ma anche azioni volte a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche, in modo da attenuare il loro impatto sulla salute del singolo e della collettività. *La promozione della salute è il processo che consente alle persone e alle comunità di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla.*

Questo è quanto definito dall' Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) con il Documento di consenso della "Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute" del 21 novembre 1986 noto come **Carta di Ottawa**.

Essa pone al centro dell'attenzione l'uomo. Partendo da una concezione olistica dell'essere umano e della società, la Carta pone alla sua base una visione unitaria in cui, come l'uomo è un tutt'uno e non una somma di parti separate, così l'organizzazione sociale è vista alla stregua di un insieme unitario. Di conseguenza tutti devono essere messi nelle condizioni migliori per poter raggiungere il proprio pieno potenziale di salute. Questa equità si ottiene però solo grazie all'intervento fattivo di tutti i soggetti chiamati in causa: governo, sanità pubblica e privata, organizzazioni non governative e mass media.

In questo sta il messaggio della Carta di Ottawa che, introducendo la promozione della salute, vi colloca tutti gli interventi atti a garantire maggiore benessere ed equità sociale orientati alla creazione di capacità, precondizioni e relazioni favorevoli allo sviluppo di potenzialità personali o collettive, tanto nella persona sana quanto in quella malata.

La Carta di Ottawa esplicita quindi gli strumenti d'azione per la promozione della salute che devono essere impiegati per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, tanto di un individuo quanto di un gruppo.

La promozione della salute va al di là dell'assistenza sanitaria, è costruire una politica pubblica per la salute che la collochi nell'ordine del giorno di coloro che compiono le scelte politiche in tutti i settori e a ogni livello, per renderli più consapevoli delle conseguenze che hanno le loro decisioni sulla salute e per far accettare le loro responsabilità nei confronti della salute. Una politica di promozione della salute richiede che vengano identificati gli ostacoli all'adozione di politiche pubbliche per la salute nei settori non sanitari e i modi per superarli. Lo scopo deve essere quello di fare in modo che le scelte più sane siano quelle più facili da realizzare anche per coloro che compiono le scelte politiche.

Le nostre società sono complesse e interdipendenti, e non è possibile separare la salute dagli altri obiettivi. Gli inestricabili legami che esistono tra le persone e il loro ambiente costituiscono la base per un approccio socio-ecologico alla salute. Il principio guida globale per il mondo, e allo stesso modo per le nazioni, le regioni e le comunità, è la necessità di incoraggiare il sostegno e la tutela reciproci attraverso la creazione di ambienti favorevoli: prendersi cura gli uni degli altri, delle nostre comunità e del nostro ambiente naturale.

I cambiamenti dei modelli di vita, di lavoro e del tempo libero hanno un importante impatto sulla salute. Il lavoro e il tempo libero dovrebbero essere una fonte di salute per le persone. Il modo in cui la società organizza il lavoro dovrebbe contribuire a creare una società sana. La promozione della salute genera condizioni di vita e di lavoro che sono sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli. E' essenziale che venga svolta una sistematica valutazione dell'impatto che può avere sulla salute un ambiente in rapida trasformazione, con particolare riguardo alla tecnologia, al lavoro, alla produzione di energia e all'urbanizzazione: tale valutazione deve essere seguita da azioni che garantiscano benefici alla salute delle persone. La protezione degli ambienti naturali e modellati

dall'uomo, e la conservazione delle risorse naturali dovrebbero essere considerate in ogni strategia di promozione della salute.

La promozione della salute agisce attraverso una concreta ed efficace azione della comunità nel definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute. Al cuore di tutto ciò vi è il processo che attribuisce una maggior forza alle comunità, vi è il possesso e il controllo da parte delle comunità stesse dei loro sforzi e dei loro destini. Lo sviluppo della comunità attinge alle risorse umane e materiali esistenti nella comunità stessa per aumentare l'auto-aiuto e il supporto sociale e per sviluppare sistemi flessibili che rafforzino la partecipazione e la direzione pubblica sui temi della salute. Ciò richiede un pieno e continuo accesso alle informazioni, la possibilità di conoscere le opportunità di salute e un adeguato supporto finanziario.

La promozione della salute sostiene poi lo sviluppo individuale e sociale fornendo l'informazione e l'educazione alla salute, e migliorando le abilità per la vita quotidiana. In questo modo, si aumentano le possibilità delle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e sui propri ambienti, e di fare scelte favorevoli alla salute, sviluppando così proprie abilità personali. E' essenziale mettere in grado le persone di imparare durante tutta la vita, di prepararsi ad affrontare le sue diverse tappe e di saper fronteggiare le lesioni e le malattie croniche. Ciò deve essere reso possibile a scuola, in famiglia, nei luoghi di lavoro e in tutti gli ambienti organizzativi della comunità. E' necessaria un'azione che coinvolga gli organismi educativi, professionali, commerciali e del volontariato, ma anche le stesse istituzioni.

La responsabilità per la promozione della salute nei servizi sanitari è condivisa tra i singoli, i gruppi della comunità, gli operatori sanitari, le istituzioni che garantiscono il servizio sanitario e i governi. Essi devono lavorare insieme per un sistema di assistenza sanitaria che contribuisca alla ricerca della salute. Il ruolo del settore sanitario deve andare sempre più nella direzione della promozione della salute, al di là della sua responsabilità di garantire servizi clinici e curativi. I

servizi sanitari hanno bisogno di adottare un mandato più ampio che sia sensibile e rispettoso dei bisogni culturali. Questo mandato dovrebbe sostenere i bisogni degli individui e delle comunità per una vita più sana e stabilire connessioni tra il settore sanitario e le più ampie componenti sociali, politiche, economiche e dell'ambiente fisico nell'ottica di un riorientamento dei servizi sanitari. Esso richiede anche una maggior attenzione alla ricerca sanitaria come pure ai cambiamenti nell'insegnamento e nella formazione professionale. Tutto ciò deve portare a una modifica dell'atteggiamento e dell'organizzazione dei servizi sanitari, che devono ricalibrare la loro attenzione sui bisogni complessivi dell'individuo visto nella sua interezza.

A livello nazionale, tali progettualità e obiettivi, sono contenuti all'interno del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP) adottato il 6 agosto 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni, rappresenta lo strumento fondamentale di pianificazione centrale degli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio.

Il PNP, considera la salute sul territorio come un bene essenziale per lo sviluppo sociale economico e personale, una risorsa di vita quotidiana che fa leva sulle capacità sociali e culturali, oltre che sulle caratteristiche fisiche individuali e rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health).

Il PNP intende consolidare l'attenzione alla centralità della persona, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare l'Health Literacy (alfabetizzazione sanitaria) e ad accrescere la capacità degli individui di interagire con il sistema sanitario (engagement) attraverso relazioni basate sulla fiducia, la consapevolezza e l'agire responsabile.

Il concetto di promozione della salute poi è strettamente collegato a quello di prevenzione definita, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, come: *“il dare alle persone i mezzi per diventare più padroni della propria salute e per migliorarla”*.

La prevenzione mira a combattere l'insorgere e lo sviluppo di malattie individuando i fattori di rischio e i punti deboli delle persone. Un concetto centrale largamente diffuso nell'ambito della prevenzione e dell'educazione alla salute, specialmente negli interventi rivolti alle fasce giovani della popolazione, è quello delle *life skills*. Con tale termine, secondo la definizione dell'OMS, si intende l'acquisizione delle capacità di condurre relazioni interpersonali, di sapersi assumere le responsabilità legate al proprio ruolo sociale, di saper scegliere e risolvere le problematiche senza ricorrere a comportamenti che danneggino se stessi e gli altri. In sostanza, dunque, le life skills sono le capacità personali e sociali, richieste ai giovani e non solo, per rapportarsi con fiducia e in modo competente con se stessi, con i coetanei e con la comunità in generale. L'educazione alle life skills rappresenta una promozione della motivazione a prendersi cura, efficacemente, di sé e dell'altro, promuovendo un percorso formativo fondamentale in tutti gli ambiti della vita di un ragazzo, sia scolastico che extrascolastico, e contribuendo a creare il senso di autoefficacia indispensabile per poter contrastare i comportamenti a rischio. Attraverso l'addestramento alle life skills è possibile agire su un numero elevato di fattori che, se non sviluppati efficacemente, possono aumentare le possibilità dell'emergere di comportamenti devianti. Inversamente, se correttamente sviluppati, tali fattori diventano protettivi nei confronti delle condizioni di vulnerabilità.

Prevenzione dunque è epistemologicamente connesso al concetto di disagio "evitare che avvenga qualcosa di indesiderato" e epistemologicamente connesso ad una dimensione temporale, all'orientamento verso il futuro: "ci si adopera prima che ..."; tale connessione ha portato nell'evoluzione all'affermarsi del ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare, in particolare alla luce delle dinamiche demografiche, garantendo equità e contrasto alle disuguaglianze, nell'ottica di accrescere sempre più la capacità degli individui di interagire con il sistema sanitario attraverso relazioni basate sulla fiducia, la consapevolezza e l'agire responsabile.

1.2 L'infermiere tra cura e promozione relazionale della salute

Promuovere e proteggere la salute delle persone durante tutta la loro vita con la riduzione dell'incidenza delle principali malattie e lesioni ed alleviare le sofferenze che esse causano, è una missione ancor più importante di curare.

L'operato dell'infermiere si applica dalla prevenzione, quale insieme di interventi centrati sulla rimozione delle cause di malattia, alla promozione della salute quale processo che consente alle persone di acquisire un maggior controllo della propria salute e di migliorarla.

Nel profilo professionale dell'infermiere si parla di "assistenza infermieristica preventiva" infatti la prevenzione delle malattie è una delle principali funzioni dell'infermiere insieme all'educazione sanitaria. Ad accentuare il concetto è anche il codice deontologico recitando che "l'assistenza infermieristica è al servizio della persona e della collettività e che si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa".

Con l'educazione alla salute si vuole aumentare la coscienza individuale relativamente alla propria salute, migliorare la consapevolezza dell'utente favorendo il cambiamento di abitudini con saggia decisione. Promuovere un cambiamento sociale in grado di modificare la qualità di vita è un compito molto difficile e l'infermiere, come poche altre figure professionali, può essere determinante.

Curando pertanto si può prevenire, educare e promuovere la salute come valore da sostenere, potenzialità da attualizzare e risorsa da difendere. In questa ottica, l'infermiere che è il professionista dell'assistenza, può promuovere la salute nella misura in cui riesce a produrre un ambiente ad essa favorevole, ambiente che può e deve essere altamente relazionale. Assistendo egli può prevenire il disagio ed educare, ovvero può modificare consapevolmente e durevolmente il comportamento nei confronti della salute, così promuovendo capacità individuali e cambiamenti sociali. In tal senso, curare equivale a prevenire il rischio di ulteriori disagi, che possono sfociare in

pericoli per la salute fisica, psichica e sociale delle persone, dato che il concetto di rischio richiede di riconoscere la sua rilevanza per la soggettività e il benessere delle persone.

Affinché l'assistenza infermieristica sia veramente promozionale della salute, essa va tuttavia sostenuta con azioni formative maggiormente centrate sulla lettura della comunità locale, dato che è all'interno dei suoi spazi che gli individui tendono oggi a ricercare un senso di vita e un recupero del sociale, poiché i soggetti svolgono le loro attività, sperimentano l'affettività, maturano opportunità e bisogni, comunicano e si riconoscono, usando lo stesso linguaggio e cogliendo dal medesimo ambiente le forme della loro espressività.

1.3 Disagio giovanile: evoluzione e interpretazione di un problema sociale

Definire il “*disagio giovanile*” non è così facile. Esso non può essere classificato come malattia poiché il ventaglio di manifestazioni con cui si evidenzia è troppo ampio e variegato.

Esso non ha le caratteristiche di una specifica patologia perché non ha una causa univoca ma è il frutto di numerose concause. Non è soltanto un problema sociale, anche se alla sua nascita ed alla sua evoluzione concorrono molte cause sociali.

Si chiama “*disagio giovanile*” in quanto le sue manifestazioni più eclatanti si evidenziano nell’età giovanile, ma spesso è già presente, anche se misconosciuto, nell’infanzia.

Infatti, il disagio giovanile non sempre nasce spontaneamente nel corso dell’adolescenza, talora invece si verifica nei primi anni di vita del bambino, durante il processo di crescita: poi c’è il passaggio adolescenziale nel quale i gesti antisociali e la trasgressione sono modi che i ragazzi hanno per cercare di inserirsi nel gruppo e per forzare le regole del mondo degli adulti, mondo nel quale si accingono ad entrare. Gli adolescenti a volte mandano segnali che vengono scambiati per disagio fisiologico ed evolutivo, tipico di questa età e che invece sono la spia di veri e propri disturbi neuropsichiatrici. Parlare di salute mentale in adolescenza significa occuparsi di ragazzi invisibili, poco intercettati e particolarmente vulnerabili. A fronte della complessità delineata, è quindi fondamentale l’utilizzo di strumenti e misure atti ad accompagnare la capacità di fronteggiare il carico, anche emotivo, interno ed esterno di ciascuno, andando a ricercare in alcune condizioni di vita ed in alcuni luoghi privilegiati i fattori che incidono sulla produzione del disagio.

In particolare questi luoghi sono stati identificati nella famiglia, nella scuola, nel gruppo dei pari, nell’ambiente urbano, nell’incertezza verso il futuro e in alcuni problemi esistenziali e materiali specifici. La famiglia, svolge due funzioni essenziali per la vita umana: la prima a livello individuale e la seconda a livello sociale giocando sicuramente il ruolo primario nel provocare forme di disagio nei suoi membri.

Oltre ad essere il luogo della risposta ai bisogni psicologici e biologici tipicamente umani, la

famiglia è anche l'area della riproduzione del sistema sociale sia a livello della conservazione che della cultura sociale, intesa come insieme dei codici e delle tecniche del vivere. Infatti è all'interno della famiglia che si realizza il primo e più rilevante stadio dei processi di socializzazione, attraverso i quali avviene l'interiorizzazione dei valori sociali e degli stili di vita che sono tipici di un certo sistema sociale. In altre parole questo significa che è all'interno della famiglia che si sviluppa gran parte della possibilità del nuovo individuo di adattarsi al sistema sociale e di elaborare un progetto di vita evolutivo o regressivo.

Quanto alla scuola poi, nonostante il suo statuto di scuola democratica aperta a tutti non è ancora oggi riuscita ad emanciparsi dalla funzione di riproduzione delle disuguaglianze sociali. Questo significa che sovente proprio i giovani che avrebbero un maggior bisogno dell'attività formativa della scuola, vuoi per gli svantaggi sociali e familiari di cui sono portatori, vuoi per motivi personali, sono quelli che spesso sono precocemente espulsi da essa o marginalizzati in essa. Molte carriere di disagio o di devianza giovanile hanno alle spalle un'esperienza scolastica negativa. La dispersione scolastica è, infatti, un fenomeno sociale fortemente correlato con i percorsi del disagio e della devianza giovanile.

La ricerca ha chiarito l'esistenza di questo nesso, anche se in modo non deterministico, tra la dispersione scolastica e le varie forme di disagio o di devianza in cui sfociano alcuni percorsi esistenziali giovanili. La sottolineatura del modo non deterministico vuole indicare che mentre in moltissime situazioni di disagio o di devianza giovanile sono riscontrabili esperienze di insuccesso scolastico, non tutti coloro che sono vittime della dispersione scolastica entrano in situazioni di disagio o di devianza. Nonostante questa doverosa precisazione, rimane il fatto che la ricerca ha evidenziato che la dispersione scolastica è uno dei maggiori fattori di rischio presenti nella condizione giovanile in Italia, specialmente quando è concomitante con altri fattori di rischio come

quelli costituiti dalle scadenti situazioni familiari, dal gruppo dei pari deviante, dal degrado urbano e così via.

Quanto al gruppo dei pari, anch'esso rappresenta in alcuni contesti sociali urbani uno dei luoghi di formazione del disagio in quanto proprio in queste realtà il sistema di norme che il gruppo elabora sono devianti rispetto a quelle tipiche del contesto sociale più vasto. Infatti per appartenere al gruppo è necessario assumere alcuni valori e praticare alcune condotte, definite come devianti o perlomeno marginalizzanti nella cultura sociale. La rilevanza di queste compagini è ancora più evidente in presenza di una carenza di relazioni significative dei giovani con gli adulti nel determinare i percorsi di socializzazione e i progetti di vita dei giovani che li frequentano.

A tutto questo, nell'evoluzione dei tempi si è associata l'incertezza verso il futuro, che anche se non è causa prima ma derivata, è un altro luogo di produzione del disagio.

Esiste una relazione abbastanza definita tra l'incertezza verso il futuro e alcune esperienze di disagio. Infatti l'atteggiamento di incertezza può essere il sintomo di una certa angoscia, o perlomeno di insicurezza ansiosa verso il futuro. L'incertezza verso il futuro appare perciò come il sintomo dell'assenza di un progetto di futuro nell'orizzonte esistenziale di molti giovani.

Il dato relativo all'indicazione delle figure con cui il giovane parla dei suoi problemi è interessante, perché oltre a ribadire il forte ruolo giocato dalla comunicazione orizzontale con i pari, specialmente a riguardo dei comportamenti devianti o trasgressivi e dei problemi tipici del mondo giovanile, evidenzia il fatto che molti giovani non comunicano ad alcuno i loro problemi.

Basti pensare che il 29,1% di chi ha vissuto in modo problematico il lutto elabora questo da solo, con tutte le conseguenze che una mancata elaborazione sociale del lutto può comportare sulla sua vita psichica. A tutto questo occorre aggiungere che il 23,7% dei giovani non esprime i problemi affettivo-relazionali familiari, che il 20,1% si tiene per sé i problemi di salute, che il 15,9% non

parla con alcuno dei suoi problemi con le droghe o l'alcool, e che vi sono poi percentuali simili di giovani che non comunicano i problemi di violenza agita e subita.

Questi dati evidenziano quel disagio sommerso, nascosto e solitario, che non emerge alla consapevolezza sociale, ma che alimenta con la sofferenza e la distruttività di cui è portatore il sottosuolo della vita sociale rendendo più fragili le sue fondamenta. La comunicazione con i genitori appare molto debole quando si tratta di problemi giudiziari, di consumo di droghe, di relazionalità all'interno della famiglia e di elaborazione del lutto, mentre è totalmente assente nel caso della violenza agita.

È significativo anche che i problemi relativi alle carenze degli spazi di aggregazione e dei servizi non siano che in pochi casi argomento di discussione con i genitori. Questo fatto è un indicatore indiretto dell'assenza, in genere, degli adulti da un ruolo attivo nella promozione delle politiche sociali per i giovani. La comunicazione intergenerazionale in famiglia appare, quindi, uno dei nodi educativi da risolvere se si vuole veramente prevenire il disagio giovanile.

La ricerca oltre all'analisi sociologica e culturale della condizione di vita dei giovani ha affrontato anche un'analisi della dimensione psicologica per mezzo del test M.R.O. – Modello delle Relazioni di Oggetto.

I risultati dell'applicazione di questo test indicano, semplificando, due tipi di giovani che possono essere considerati a rischio di disagio.

Il primo tipo, che riguarda prevalentemente le ragazze, indica la presenza di un 9% di giovani che dietro ad una identità di facciata apparentemente funzionante mascherano una notevole fragilità interna. Si tratta di giovani che hanno un adattamento acritico alla realtà, che si realizza attraverso una falsa identità costruita sull'adeguamento alla normalità sociale. Il prezzo di questo adattamento è spesso la messa in atto di meccanismi di difesa dalla conflittualità che questo stesso adattamento genera. Meccanismi di difesa che non consentono una adeguata elaborazione dei conflitti, e questo

può essere la fonte di significative forme di disagio psicologico specialmente nel momento dell'ingresso di questi giovani nell'età adulta. Da notare che questo tipo di giovani, se vive l'esperienza di un'appartenenza ad associazioni o gruppi, può trovare in questi quella sicurezza emozionale che può aiutarli a risolvere i loro problemi di adattamento nel momento dell'ingresso nella condizione adulta.

Il secondo tipo, che riguarda il 9,6% di giovani, è caratterizzato dalla presenza di modalità aggressive nei confronti del mondo esterno e di meccanismi di difesa che non favoriscono il loro adattamento sociale. In altre parole indica un gruppo di giovani che ha delle difficoltà profonde di soluzione della propria crisi adolescenziale che si manifesta in un atteggiamento aggressivo di svalutazione della realtà esterna, del mondo adulto e dei suoi valori che può provocare un rifiuto e una rottura con questa stessa realtà. Questo tipo di giovane è quello che più probabilmente può accedere a forme di devianza in cui possono comparire sia comportamenti auto che etero distruttivi. Ciò significa che questa dimensione psicologica è quella più fortemente correlata alle espressioni del disagio e della devianza, sia come causa ma anche come effetto.

Questi due tipi di giovani a rischio di disagio indicano chiaramente la presenza di problemi relazionali che gli stessi hanno con il mondo adulto, frutto di carenti o distorti rapporti educativi e socializzanti. Questo dato rimanda alla responsabilità adulta verso il mondo giovanile che, se non assunta, tende a produrre forme di disagio che, in alcuni giovani, possono produrre effetti nella stessa struttura profonda della personalità aprendo loro le porte del disagio o della devianza.

1.4 Condotte a rischio e condotte autolesive in adolescenza

La fase adolescenziale rappresenta il periodo di vita in cui prende corpo, con particolare intensità, il “bisogno di rischiare”, nei termini di un’assunzione di rischi attraverso condotte di sperimentazione che fanno parte del normale processo di sviluppo, consentendo di sfidare le abilità e i livelli di autonomia e controllo raggiunti, nonché di scoprire nuovi stili comportamentali, mettendo tuttavia a rischio la salute propria e degli altri.

Con l’espressione “comportamenti a rischio” ci si riferisce a quelle condotte, quali ad esempio l’abuso di sostanze, di alcool o medicinali, le azioni delinquenti, la guida pericolosa, i comportamenti sessuali a rischio contagio o gravidanze, che rappresentano un rischio personale e che mettono in pericolo la sfera fisica, psicologica e sociale dell’individuo. È opportuno differenziare tra rischio esternalizzato, in riferimento alle condotte visibili e pericolose per l’individuo e per la società, ed internalizzato, relativo alla sfera affettiva come il ricorso all’isolamento o ai sentimenti depressivi.

Le ricerche relative alla rappresentazione del rischio hanno messo in luce una duplice constatazione: le persone nella valutazione dei rischi non si affidano unicamente alla frequenza con cui si verifica un evento negativo, ma hanno anche una percezione soggettiva costruita su svariate caratteristiche del rischio, come la sua incontrollabilità, la sua conoscenza ed i suoi effetti eclatanti.

Gran parte della letteratura si è interrogata sulla percezione del rischio e del senso di invulnerabilità che i ragazzi provano di fronte ai comportamenti dannosi. Tra le motivazioni cognitive prevale il ricorso all’ottimismo irrealistico mentre altri fattori, definiti endogeni, risultano di grande interesse proprio nel processo di differenziazione e analogia con i comportamenti autolesivi. Tali ultimi comportamenti hanno come elementi fondamentali fattori definiti di “ricerca di sensazioni”

(*sensation seeking*) e di “sfida al limite” (*edgework*). Per ricerca di sensazioni si fa riferimento al grado di novità e di intensità di sensazioni ed esperienze preferite. Ricerche mostrano che sia più alta in adolescenza, laddove a maggiori livelli di coinvolgimento corrispondono una bassa percezione e una scarsa consapevolezza dei rischi connessi alle proprie azioni. Per sfida al limite, invece, si intende la sperimentazione del rischio nelle modalità più estreme alla ricerca dei confini e del disordine in se stessi e nell’ambiente. La messa in atto di tali comportamenti assolverebbe, specialmente in adolescenza, importanti funzioni volte a sostenere i compiti evolutivi fase specifici, quali il sostegno dei processi di transizione all’età adulta, di acquisizione di autonomia, di sviluppo dell’identità e partecipazione sociale.

Per quanto i comportamenti a rischio siano considerati tipici dello sviluppo, l’associazione con i disturbi psicologici e psichiatrici, nello specifico con l’autolesionismo e con il disturbo borderline di personalità, induce a considerarli non solo quali momenti di rottura e separazione di natura generazionale, ma quali segnali di smarrimento e di disagio adolescenziali. A tal proposito è stato ipotizzato un continuum tra le condotte a rischio e quelle autolesive, considerando le prime come una forma meno visibile di autolesionismo. Stando alle analogie, entrambe le condotte si proporrebbero quali regolatori emotivi facendo riferimento ad una mancata mentalizzazione delle emozioni e delle esperienze, ricorrendo al corpo e al suo maltrattamento, sebbene indiretto.

Occorre tuttavia precisare che i comportamenti a rischio non hanno lo scopo deliberato e consapevole di danneggiare il proprio corpo, come invece accade per le condotte autolesive dove si concretizza un attacco intenzionale. Inoltre, mentre i primi sembrano maggiormente ingaggiati nel regolare l’impulsività e le emozioni di ogni genere, anche quelle positive, nel caso dell’autolesionismo deliberato la modulazione degli affetti sovrachianti riguarda prettamente quelli dalle tonalità negative.

L’autolesionismo in questo senso è definito dall’ International Society for the Study of Self Injury come un “*danno deliberato e autoinflitto al proprio corpo senza intento suicidario e per scopi non*

socialmente accettati". Questi comportamenti non hanno a che fare necessariamente con tentativi di suicidio o desiderio di togliersi la vita. Invece includono, ad esempio, il tagliarsi la pelle con diversi tipi di oggetti affilati, l'infliggersi bruciature e marchiarsi con sigarette o oggetti roventi.

Da un'analisi del fenomeno emerge che tutti noi siamo costantemente in lotta tra "l'essere incorporati" e l'essere "soggetti allo sguardo dell'altro", due fatti basilari che pongono continue sfide relative alla possibilità di integrare il significato della nostra corporeità nel senso di noi stessi. Alcune persone scelgono di gestire tali sfide attraverso la manipolazione esterna della superficie corporea, dalle procedure di cosmesi ai tatuaggi, dalla chirurgia estetica ai piercing, fino ad arrivare a forme di autolesionismo; una manipolazione che può divenire "psichicamente necessaria", permeata da fantasie inconscie di "rivendicazione", "corrispondenza perfetta" e "autocreazione". La fantasia di rivendicazione riguarda l'espulsione dal corpo di un oggetto sentito come alieno o inquinante, accedendo alla possibilità di salvare il Sè. Nella fantasia di corrispondenza perfetta la modificazione corporea svolge la funzione di creare un corpo ideale che garantirà l'amore e il desiderio dell'altro in una fantasia di fusione di un Sè idealizzato con un altro idealizzato. L'intollerabile indipendenza dall'oggetto e l'invidia verso di esso alimentano infine la fantasia di autocreazione, in cui il Sè si ritira nella convinzione di poter creare se stesso, attaccando l'oggetto e negando ogni possibile forma di dipendenza da esso.

In una disamina sull'autolesionismo Rossi Monti e D'Agostino hanno elencato alcuni possibili "organizzatori di senso" per mettere in luce come, nonostante la pluralità di significati, i comportamenti autolesionistici svolgono una precisa funzione, quella di salvaguardia dell'identità. Si introduce allora la possibilità di concretizzare, riferendosi alla trasformazione di uno stato psichico in uno fisico per controllare sentimenti intollerabili come il vuoto interiore, di punire-estirpare-purificare per estirpare la parte cattiva del Sè, di regolare la disforia per controllare i sentimenti e per interrompere il ciclo di depersonalizzazione o de-realizzazione (nella ricerca di esperienze vive e stimolanti nel dolore), di comunicare senza parole, di costruire una memoria di

Sé, infine di volgere in attivo, ad esempio per ribaltare il senso di impotenza vissuto in un'esperienza traumatica.

1.5 Autolesionismo come strategia di coping disadattiva

L'autolesionismo è descritto in letteratura come una sorta di strategia di *coping* che, per quanto disadattiva, viene utilizzata perché aiuta a gestire stati emotivi percepiti come non tollerabili e non gestibili. Permette di scappare da uno stato della mente percepito come insopportabile. La messa in atto di autolesionismo consente di focalizzare la propria attenzione sul dolore fisico. Le motivazioni sottostanti la messa in atto dell'autolesionismo sono in genere relative la necessità di uscire da uno stato percepito di profondo vuoto per riconnettersi alla realtà e la gestione di stati emotivi spiacevoli percepiti come altrimenti non maneggiabili.

Il comportamento autolesionistico sposta così l'attenzione dal dolore emotivo a quello fisico, vissuto come più tollerabile. Il dolore fisico in un primo momento allenta la tensione, generando sollievo, e allontana da esperienze emotive che non si vogliono sperimentare. Nel tempo però ciò rischia di generare nuove esperienze emotive spiacevoli, quali colpa e vergogna per aver messo in atto il comportamento. L'efficacia dell'autolesionismo, in relazione ad entrambe le funzioni descritte, aumenta la possibilità di rimetterlo nuovamente in atto, e quindi favorisce l'instaurarsi di circoli viziosi che mantengono il problema nel tempo.

Se da un lato l'autolesionismo può rappresentare anche una forma di auto-punizione: il senso di colpa e l'autocritica possono elicitare condotte autolesive in soggetti vulnerabili, dall'altro è la manifestazione di una disfunzione attraverso la quale ricercare attenzione, richiedere aiuto o comunicare agli altri il proprio disagio.

Il corpo, diventato un mezzo per comunicare le proprie emozioni, appartenenze, ideologie, ansie. È come se fosse un foglio su cui disegnare la propria sofferenza: la sofferenza psicologica diventa a volte talmente intensa che, non avendo parole adatte a descriverla, l'unico modo per non esserne schiacciati è esprimerla attraverso il corpo.

Chi si taglia o si brucia per, è raro che lo faccia davanti ad altre persone e il più delle volte cerca di tenere nascosto questo comportamento, perché se ne vergogna. La funzione più frequente dell'autolesionismo, infatti, risulta essere quella di servire come regolazione emotiva. Le difficoltà emotive vengono vissute, specialmente in adolescenza, con un'enfasi sul corpo (dalla somatizzazione, al procurarsi ferite, all'utilizzo sregolato del proprio corpo, alle condotte alimentari, sessuali e alle dipendenze), riportando una difficoltà ad entrare in contatto con le proprie emozioni, a livello sia corporeo che psicologico.

Gli adolescenti che compiono gesti autolesivi riportano che tale comportamento li distrae da pensieri non desiderati, da emozioni negative troppo intense da sopportare (rabbia, tristezza, solitudine). Dicono di farlo per sentirsi vivi, per sentirsi meglio, per avere sollievo da uno stato di confusione o tensione. Così l'attenzione dal dolore mentale passa al dolore fisico e col farsi male la persona ha l'illusione di avere ripreso il controllo su se stessa e di aver trovato un sollievo... perché dopo il dolore c'è il sollievo. Il dolore aiuta a recuperare il contatto con se stessi, a dare la sensazione di essere in grado di controllare, se non la propria vita, almeno il proprio corpo. Si potrebbe dire che la messa in atto di comportamenti autolesivi sia un tramutare in sofferenza fisica (quindi più reale e più facilmente gestibile) una sofferenza emozionale che non si sa come gestire: per un po' ci si occupa solo del dolore fisico, distogliendosi temporaneamente da quello interiore.

L'infliggersi dolore, la vista del proprio sangue, consentono di avere una prova tangibile che la propria sofferenza è reale, che c'è qualcosa di concreto e visibile per cui provare dolore. Per altri adolescenti tagliarsi è un modo per sentirsi vivi: meglio un dolore fisico che non sentire niente o sentirsi vuoti e inutili. Sembra che mettere in atto condotte autolesive non solo riduca l'intensità dei

vissuti negativi, ma produca anche emozioni positive ed è proprio questo aspetto uno dei fattori cruciali per mantenere nel tempo tali comportamenti.

L'atto più comune con cui si presenta l'autolesionismo è il taglio (cutting) superficiale alla pelle ma esso comprende anche il bruciarsi, infliggersi graffi, colpire una o più parti del corpo, mordersi, tirarsi i capelli e l'ingestione di sostanze tossiche od oggetti. Nel cutting il corpo è preso fino in fondo: i tagli seguono delle specifiche linee studiate appositamente così da evitare il ricovero ospedaliero. Questa pratica spesso viene attuata in rigoroso segreto e le parti lesionate sono frequentemente nascoste da indumenti. Successivamente a questo preciso rituale, i soggetti si disinfettano e ripuliscono tutto il materiale utilizzato. È un taglio fisico, nel reale, che produce una sensazione di dolore fisico, che pare sopraffare il dolore mentale. I segni e le cicatrici lasciati da questi gesti autodistruttivi raccontano una sofferenza di cui ancora il soggetto non può dire nulla. Le ragioni per cui una persona pratica il cutting, ovviamente, sono varie, in quanto esso serve per soddisfare funzioni diverse. Come ci insegna la psicoanalisi, si cerca la logica sottesa caso per caso e il modo singolare del soggetto di stare in relazione con se stesso e col mondo. Ci sono delle differenze nei vari modi in cui ciascun individuo si taglia, e delle differenze rispetto ai vari significati che vengono attribuiti a questa pratica. È sempre importante da un punto di vista clinico definire il meglio possibile ciò che osserviamo: per alcuni tagliarsi fornisce un temporaneo sollievo da stress, ansia, depressione, senso di fallimento e disgusto per se stessi. Altre volte però i motivi per cui si pratica il cutting diventano un modo per poter esercitare un controllo sul corpo. In molti casi i cutters sono consapevoli delle proprie ferite e cicatrici e cercano di nasconderle agli occhi degli altri, in altre situazioni vengono esposte allo sguardo senza alcun sentimento di vergogna o senso di colpa. Sotto lo stesso nome o la stessa manifestazione si possono celare motivazioni, dinamiche e strutture cliniche molto differenti. La psicoanalisi inquadra il sintomo come un tentativo di trattamento, come una soluzione che il soggetto mette in atto per far fronte a un reale insopportabile nella sua esistenza, un'azione che assume per il soggetto la funzione di catalizzatore

di godimento. Un modo per evitare la divisione soggettiva del nevrotico e compensare la frammentazione costitutiva dello psicotico. Praticare questa forma di autolesionismo può significare per alcuni pensare a quello che possono ottenere in seguito, per esempio angosciando l'altro; per altri farsi del male è nello stesso tempo provare piacere, e il senso di sollievo sperimentato è generato, seguendo una lettura organicistica, da endorfine beta rilasciate nel cervello, che agiscono come un antidolorifico naturale, inducendo piacere e riducendo lo stress emotivo e la tensione. Secondo l'orientamento psicoanalitico sotto la lente d'ingrandimento è necessario posizionare il marchio di godimento particolare di ciascun soggetto. Alcuni "autolesionisti" dicono di non provare nessun dolore mentre si feriscono; altri, invece, lo usano, come descritto, per provare piacere. Per altri farsi del male significa provare qualcosa, anche se la sensazione è dolorosa e per niente piacevole. Trattare il proprio corpo imponendo dei tagli o delle lesioni permette al soggetto di sentirlo, di possederlo, anche solo per pochi momenti, e ciò induce la persona a ferirsi nuovamente. Si installa, in questo modo, un circolo vizioso simile a quello della dipendenza. Come sempre accade nella clinica, tanti dunque, sembrano essere i significati che si possono attribuire a un gesto come il tagliarsi, gesto che però racconta una storia diversa, singolare per ogni soggetto, che si delineerà nella cura.

1.6 Impatto della pandemia di COVID-19 sull'aumento dei casi di autolesionismo tra i giovani

Adolescenti e violenza autoinflitta rappresenta un legame dai numeri preoccupanti, ancor di più con la pandemia da Covid-19. Infatti, il suicidio costituisce la seconda causa di morte nei giovanissimi tra i 15 e i 24 anni e l'autolesionismo colpisce in media circa 1 adolescente su 5. L'emergenza sanitaria ha ovviamente amplificato tutto: il lockdown ha costretto i giovani in casa, la didattica a distanza li ha separati dai loro amici facendo diventare sistematici e non soltanto un campanello di allarme episodi di autolesionismo diventando l'infliggersi dolore, il grido di un malessere interiore.

In un recente studio di Ougrin e colleghi (2021) sono stati indagati gli effetti delle restrizioni associate all'epidemia da Covid-19 in un campione di bambini e adolescenti fino ai 18 anni di età, che si sono presentati in pronto soccorso per episodi di autolesionismo o altre emergenze di salute mentale. Sono stati utilizzati i dati delle cartelle cliniche dei pazienti di 23 reparti di emergenza ospedaliera di 10 paesi del mondo. In particolare, sono state considerate le caratteristiche demografiche, sociodemografiche e cliniche dei pazienti che hanno effettuato accesso ai servizi tra Marzo-Aprile 2020 e Marzo-Aprile 2019. Ciò che emerge dallo studio è una diminuzione del numero di bambini e adolescenti che si sono presentati nei reparti di emergenza ospedaliera durante il lockdown (1239 nel 2019 a 834 nel 2020) e un incremento di bambini e adolescenti che invece si sono presentati a causa di episodi di autolesionismo (50% nel 2019 e 57% nel 2020). In tutte le aree

prese in analisi, le ragazze (età media di 15 anni) si sono presentate con una frequenza maggiore al pronto soccorso rispetto ai ragazzi (67,5% femmine e 30,7% maschi). Inoltre, viene riportato un aumento dei disturbi emotivi in bambini e adolescenti che hanno presentato autolesionismo (58% nel 2019 a 66% nel 2020). Nello specifico i bambini e adolescenti che si sono presentati in pronto soccorso avevano già dei precedenti episodi di autolesionismo. Questo dato suggerisce quanto la popolazione giovane con problemi di salute mentale già esistenti abbia sofferto maggiormente durante il lockdown, probabilmente a causa della sospensione improvvisa delle loro attività. La minore incidenza di presentazioni ospedaliere in questa fascia di età è potenzialmente dovuta alle misure di quarantena attuate dai paesi durante la pandemia. Un elemento importante è stata la riduzione delle attività scolastiche che ha ridotto lo stress da performance sugli studenti. È anche probabile che molti giovani abbiano sperimentato un maggiore senso di inclusione familiare avendo avuto più tempo a disposizione per interagire con i loro genitori. All'interno di questo ambiente alterato del lockdown è possibile che abbiano trovato delle strategie di coping alternative per risolvere i loro problemi che altrimenti li avrebbero condotti in ospedale. Assistenza e prevenzione quindi diventano le parole d'ordine per combattere un problema sempre più diffuso. L'identificazione precoce dei segni dei sintomi e del disagio che vi è nascosto associata ad una accurata diagnosi e il trattamento integrato dei disturbi psichici aiuterebbe notevolmente a ridurre il rischio di suicidio in età evolutiva.

2. OBIETTIVO

L'obiettivo del presente elaborato è quello di individuare, tramite una revisione della letteratura, degli interventi relazionali considerati maggiormente efficaci all'interno dell'assistenza infermieristica al paziente autolesionista, mettendo in luce aspetti di un fenomeno tanto complesso quanto frequente: l'attacco al proprio corpo.

Per raggiungere lo scopo di questo lavoro, sono stati prefissati i seguenti obiettivi:

- Sviluppare e approfondire le conoscenze inerenti al disturbo autolesionista legato al disagio giovanile.
- Focalizzare l'attenzione sull'importanza del concetto di promozione e prevenzione alla salute.
- Sviluppare capacità di analisi nell'individuazione del problema.
- Individuare una gestione infermieristica efficace, efficiente e mirata nei pazienti autolesionisti

3. MATERIALI E METODI

Per la redazione della tesi è stata effettuata una revisione narrativa della letteratura, attraverso ricerca bibliografica sulla Banca Dati PubMed.

Le parole chiave utilizzate sono: “ *Self-injured* ”, “ *Autolesionism* ” , “ *Personality disorders* ”, inserite nella stringa di ricerca separate dall’operatore booleano “AND” e individuate attraverso il seguente schema PICO:

POPOLAZIONE	INTERVENTO	COMPARAZIONE	OUTCOME
Ragazzi/e analizzati in un contesto di disagio	Analisi del disagio giovanile e Autolesionismo	/	Valutazione e applicazione della migliore strategia assistenziale infermieristica

Sono stati inoltre consultati i testi di riferimento per l’argomento trattato.

4. RISULTATI

Partendo dall'analisi di un tema sempre più frequente quale il disagio giovanile, condizione cruciale e preoccupante per la nostra società, si è passati ad indagare su come tale problema spesso sfoci in comportamenti autolesionisti risultando, per un numero sempre più crescente di giovani, più tollerabile il dolore fisico rispetto a quello emotivo.

Così preso coscienza della portata del fenomeno, ci si è interrogati sull'importanza che riveste la l'assistente sanitario nella prevenzione e nell'individuazione di quelli che possono essere i segni e i sintomi riconducibili a forme autolesioniste tra gli adolescenti.

In tale senso, è stato messo in risalto la necessità di una consapevolizzazione della comunità sul problema, sia alla base dell'approccio infermieristico da attuare con questi pazienti, per permettergli di conoscere la problematica, le modalità di genesi e le strategie per intervenire e trattarla.

Inoltre si è evidenziato come una formazione appropriata in tale ambito possa rendere più predisposti alla pratica clinica, migliorando le conoscenze, la consapevolezza, le abilità e gli atteggiamenti dell'operatore sanitario, incidendo positivamente sulla cura del paziente.

5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

5.1 Assistenza infermieristica all'autolesionista

L'autolesionista è l'emblema di un'utenza assistenzialmente ed emotivamente molto esigente. Il ruolo dell'operatore sanitario in tale ambito è di curare, supportare, sostenere e prevenire gli agiti nel paziente con tale problematica. Non tutti gli infermieri sono in grado di gestire una situazione di tale rilevanza poiché essa determina un forte impatto emotivo che solo la giusta formazione ti permette di affrontare. Da uno studio recente si evidenzia come una formazione appropriata in tale ambito possa rendere più predisposti alla pratica clinica, migliorando le conoscenze, la consapevolezza, le abilità e gli atteggiamenti dell'operatore sanitario, incidendo positivamente sulla cura del paziente. L'atteggiamento infermieristico dinanzi un paziente che pratica autolesionismo, prevede l'assenza di giudizi da parte dell'infermiere e la riduzione delle misure di controllo in quanto, pur se comprensibili in termini di sicurezza, sono criticate se attuate con eccesso poiché contrastanti con il sentimento di fiducia su cui dovrebbe basarsi la relazione terapeutica.

Da analisi approfondita del comportamento autolesionista, risulta come la consapevolizzazione della comunità sul problema sia alla base dell'approccio infermieristico da attuare con questi pazienti, per permettergli di conoscere la problematica, le modalità di genesi e le strategie per intervenire e trattarla; la consapevolizzazione sulla patologia permette di essere a conoscenza

dell'esistenza del problema stesso, rendendo così più facile l'esposizione di questo. Anche la richiesta d'aiuto si pone alle fondamenta della gestione del problema, così come il controllo dell'ambiente e l'eliminazione in questo, di tutti quegli oggetti che potrebbero essere usati a scopo autolesivo.

In questo panorama, svolge sicuramente un ruolo prioritario nell'assistenza al paziente la comunicazione, la relazione che si instaura con l'assistito rappresenta per l'assistente sanitario un aspetto cruciale. Nel nursing si è andata via via acquisendo una maggior consapevolezza dell'importanza della comunicazione che per anni è stata considerata un processo "spontaneo", affidato alla sensibilità e alle capacità del singolo operatore sanitario. Oggi tutto ciò non basta. Alle caratteristiche della persona si deve associare necessariamente la conoscenza delle tecniche di comunicazione. Quando si parla di comunicazione in campo sanitario non si parla di qualcosa che ha a che vedere solo con la gentilezza, ma ha a che vedere anche con la professionalità profonda degli operatori sanitari, con il senso sociale e l'efficacia di cura del loro lavoro. Comunicare diversamente significa cambiare la realtà. Considerare la competenza comunicativa come un proprio dovere professionale, dunque, cambia il volto professionale stesso degli infermieri, perché cambia il loro atteggiamento nei confronti dei pazienti.

L'ambito sanitario è uno di quelli in cui la relazione tra il malato e l'infermiere si presenta come una relazione d'aiuto: l'aiutante è chiamato ad essere esperto nell'offrire risorse, l'aiutato si trova in stato di bisogno e si rivolge alla struttura sanitaria per ricevere ausilio. La relazione tra i protagonisti si basa sull'offrire un aiuto qualificato.

Nella natura specifica del nursing c'è qualcosa di più della mera somma degli interventi tecnici che gli infermieri possono attuare. L'assistenza infermieristica consiste nell'assumere come problema sanitario di propria competenza, non tanto la malattia, quanto le sue conseguenze di tipo fisiologico, psicologico e sociale sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona malata. In tale ottica assume rilevanza la qualità della relazione e della comunicazione che si instaura tra il professionista

e la persona assistita. L'infermiere, non limitandosi ad eseguire interventi tecnici, nel prendersi cura del malato svolge una funzione terapeutica e supportiva attraverso il dialogo, con lo scopo di stabilire un'interazione efficace e personalizzata volta al soddisfacimento dei bisogni, al recupero dell'autonomia e all'adattamento allo stress che ogni malattia o forma di disagio porta con sé. La comunicazione è uno strumento consapevole attraverso cui gli operatori sanitari cercano l'empatia con l'assistito.

Essa dà alla persona un senso di sicurezza rinforzando la sua percezione di non essere sola e di avere qualcuno che l'ascolti. Per far ciò è necessario che l'infermiere senta che il proprio lavoro non sia solo una "miscela di tecniche da applicare al soggetto malato", ma un mix di abilità tecnico scientifiche, adottate per garantire la prestazione assistenziale, e di capacità relazionali che aiutino la persona a seguire il suo percorso di cura.

5.2 L'accesso al corpo nel paziente autolesionista: il ruolo attivo dell'infermiere

Nell'ottica di un approccio pratico al disturbo autolesionista gioca sicuramente un ruolo fondamentale l'infermiere e la conoscenza che questi deve avere dei comportamenti che un paziente autolesionista manifesta.

Se nella maggior parte dei casi l'autolesionista si cura le ferite in modo autonomo nel proprio domicilio, tuttavia ci sono occasioni nelle quali queste ferite hanno bisogno di cure più specialistiche potendo la lesione sfociare in episodi ben più gravi di suicidio. Molto spesso però, la mancanza di informazioni e conoscenze riguardanti aspetti specifici della problematica, rendono l'approccio da parte dell'infermiere non totalmente adeguato ed efficiente.

La formazione del personale sanitario assume così un ruolo fondamentale per il miglioramento dell'assistenza ai pazienti autolesionisti. Anche la presenza di linee guida per il trattamento dell'autolesionismo può facilitare ad individuare il miglior percorso di cura per il paziente che coinvolga ad ampio spettro gli assistenti sanitari su più livelli. A questo proposito, in Inghilterra sono state elaborate delle linee guida: le linee guida del Royal College of Psychiatrists e le linee guida della National Institute of Clinical Excellence (NICE).

Le linee guida del Royal College of Psychiatrists, descrivono le competenze cliniche che si dovrebbero attendere sia da specialisti, sia da non specialisti.

Invece, le linee guida della NICE, prendono in considerazione la gestione medica e psico-sociale a breve termine dell'autolesionismo. Includono inoltre un manuale per chi usufruisce dei servizi e trattano temi specifici per i giovani e gli anziani. Secondo questa linea guida, è importante che il personale sanitario tratti i pazienti con autolesionismo con la stessa cura e con lo stesso rispetto di qualsiasi altro paziente. Di conseguenza, i curanti devono capire che ogni paziente ha un motivo diverso che lo spinge all'autolesionismo e quindi bisogna accettare il fatto che ogni caso è diverso. L'infermiere deve essere in grado di fornire tutte le informazioni sulle possibili opzioni terapeutiche, deve dare consigli utili al paziente per la gestione delle ferite ed infine deve saper valutare le sue esigenze. Anche il sostegno emotivo ai parenti e al paziente stesso è compito dell'infermiere, quindi, è importante parlare con il paziente e con le persone a lui vicine con lo scopo di capire i loro bisogni, i loro dubbi e le loro emozioni legate all'autolesionismo. È importante anche l'ambiente che circonda il paziente e deve quindi essere un ambiente sicuro, di supporto e che riduca al minimo ogni disagio. A tutti i soggetti che mettono in atto agiti auto lesivi, deve essere offerta una valutazione e un sostegno psico-sociale, come pure un'adeguata analgesia durante gli atti dolorosi, come per esempio la sutura delle ferite. Il trattamento dei pazienti, deve essere rivolto non solo alle lesioni che il soggetto si è inflitto, ma anche alle conseguenze dell'autolesionismo. Queste possono essere cicatrici, lesioni ai nervi, ridotta funzionalità, sanguinamenti o infezioni (National Centre for Mental Health 2004).

Un'ultima funzione dell'infermiere nei confronti di questi pazienti, è quella di discutere di altre strategie di coping con lo scopo di riuscire a trovare assieme al paziente dei comportamenti alternativi all'autolesionismo. Per distrarsi e per evitare l'autolesionismo, il paziente potrebbe disegnare una ferita con un pennarello invece di infliggersene una; sfogare la propria frustrazione colpendo un sacco da boxe; sfregare sulla cute con del ghiaccio; fare esercizio fisico; fare rumore

(tramite uno strumento musicale o colpendo pentole e oggetti); scarabocchiare su un foglio o scrivere i propri sentimenti negativi; scrivere un diario o parlare con qualcuno.

Per facilitare la cura del paziente, è importante riuscire ad instaurare una relazione terapeutica di fiducia ed efficace. È importante anche che riconosca la sofferenza del paziente e che gli fornisca un supporto emotivo, inoltre deve incoraggiarlo ad essere attivo e partecipe nel percorso di cura. Parlare con l'utente, incoraggiarlo ad esprimere le emozioni e ascoltare ciò che dice, permette di conoscerlo meglio e di acquisire informazioni che possono essere utili per il percorso di cura permettendo così al paziente di sentirsi capito e al sicuro e all'infermiere di mettere in atto, convogliando a se tutte le informazioni raccolte, la migliore strategia assistenziale.

6 BIBLIOGRAFIA

- Mario Rossi Monti, Alessandra D' Agostino – L'AUTOLESIONISMO, Carrocci editori 2014
- Riva, Nativi digitali. Crescere e apprendere nel mondo dei nuovi media, Bologna, il Mulino, 2019
- American Psychiatric Association- Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders DSM 5 2013
- Favazza A.R. - The Coming of Age of Self Mutilation. Journal of Nervous and Mental Disease
- Pani, R. & Di Paola, R. – Senso di vuoto e bisogno di annullarsi. Adolescenti e giovani adulti a rischio di suicidio. Editrice Bologna
- Di Agostino, Fabi, Sneider- Autolesionismo. Quando la pelle è colpevole 2016

- Monica Eriksson, Bengt Lindstrom - UNA INTERPRETAZIONE SALUTOGENICA DELLA CARTA DI OTTAWA, Sintesi e adattamento dell'articolo: "A Salutogenic interpretation of the Ottawa Charter", in Health Promotion International 2008
- S. Bonino, E. Cattelino – La prevenzione in adolescenza percorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e la salute
- Berman, Snyder, Jackson- Nursing clinico. Tecniche e procedure di Kozier
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025
- <https://www.nurse24.it/specializzazioni/ricerca/disagio-psichico-fase-acuta-adolescenza.html>
- Michela Gatta, Andrea Spoto, Marina Miscioscia, Perla Valentini, Maria Elena Donadel, Lara Del Col, Silvia Zanato, Annalisa Traverso, Emilia Ferruzza - Emozioni, comportamenti e relazioni: uno studio caso-controllo sul self-cutting in adolescenza.