



**Università degli Studi di Padova**  
Dipartimento di Medicina  
Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

***“L’AUTOLESIONISMO NEL DISTURBO DEL  
COMPORTAMENTO ALIMENTARE: IL VISSUTO DEGLI  
INFERMIERI ”***

Relatore: Prof. Riolo Antonino

Correlatore: Prof.ssa Sgnaolin Loretta

Laureanda: Zagarrìo Dafne Maria Egle

Matricola: 1047939

*Anno Accademico 2014-2015*

## ABSTRACT

**PROBLEMA:** Dai dati epidemiologici internazionali sembrerebbe che la frequenza dell'insorgenza del disturbo del comportamento alimentare sia, oggi, tra i problemi assistenziali più diffusi, e con questo anche la probabilità che la patologia possa causare comportamenti autolesionistici. Uno studio condotto da Herpertz evidenzia come nella popolazione di autoferitori si ritrovi questa diagnosi come prevalente (54%). Gli infermieri assumono un ruolo chiave nella gestione dell'agito autolesionistico, il quale può però incidere in modo rilevante, determinando un'alterazione del rapporto assistenziale infermiere-paziente e delle ricadute sulla vita personale dell'operatore sanitario. Gli studi qualitativi in merito sono oggi limitati e frammentari.

**SCOPO:** Analizzare il vissuto degli infermieri che operano nei DCA, assistendo persone con comportamento autolesionistico, al fine di descrivere le emozioni, i condizionamenti del processo assistenziale e le ricadute sulla vita personale dell'operatore sanitario.

**DISEGNO DELLO STUDIO:** Ricerca di tipo qualitativo fenomenologico.

**CAMPIONE:** Il campione è composto da complessivi 20 infermieri, che hanno prestato assistenza agli utenti presso il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso dell'Azienda ULSS 10 "Veneto Orientale" (n.8 infermieri), e presso la Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura Villa Garda (n.12 infermieri), entrambi della Regione Veneto, e che hanno vissuto l'esperienza di gestione di comportamenti autolesionistici.

**METODI E STRUMENTI:** A ogni partecipante allo studio è stata richiesta la compilazione di una scheda anagrafica - professionale, per descrivere meglio le caratteristiche del campione, seguita da un'intervista semi-strutturata, con quattro quesiti orientativi. Le domande hanno indagato il vissuto emozionale dell'infermiere, le conseguenze di ciò sull'attuazione dell'assistenza ai medesimi assistiti nella quotidianità o ad assistiti con pregresso comportamento autolesionistico, e le ricadute di tali emozioni sulla vita personale dell'operatore sanitario. L'intervista è stata audio registrata.

**RISULTATI:** L'analisi tramite metodo Van Kaam ha evidenziato che le emozioni esperite dagli infermieri sono in prevalenza quelle di incomprensione, senso di colpa, rabbia, tristezza e disagio. Altri infermieri hanno dichiarato sentimenti di paura, impotenza, malessere generale ma anche pena. Le conseguenze dell'accaduto sull'assistenza ai medesimi assistiti nella quotidianità o ad assistiti con pregresso comportamento autolesionistico si hanno in termini di aumento della sorveglianza e delle attenzioni riservate al paziente, lasciando spazio allo sfogo delle emozioni senza soggiogare l'utente. Le ricadute principali in ambito privato sono causate da una mancata rielaborazione dell'accaduto, che determina ripercussioni sulla famiglia, un rimuginio continuo ma anche sensi di colpa che intaccano la fiducia in se stessi.

**CONCLUSIONI:** Dai risultati dello studio emerge che la gestione e l'assistenza al paziente autolesionista è un processo complesso, cui gli infermieri sono chiamati a intervenire.

Tra le emozioni più rilevanti, esplicitate dal professionista sanitario, si evidenzia l'incomprensione, l'impotenza, la rabbia e l'ansia. Un'eclatante contraddizione è determinata dalla mancanza di emozioni; questo dato, risulta correlato alla presenza di un protocollo aziendale di gestione dell'autolesionismo, che definendo la sequenza di azioni per una corretta gestione dell'accaduto, limita l'insorgere di stati d'animo intensi, spesso risultanti un'arma a doppio taglio per l'assistenza stessa.

Dai risultati ottenuti si delinea che l'infermiere chiamato a gestire il comportamento autolesionistico, spesso, non detiene le giuste competenze; infatti, involontariamente, il comportamento autolesionista determina l'attuazione di un'assistenza infermieristica più attenta e mirata, risultante però, spesso, controproducente e in opposizione ai principi di fiducia su cui dovrebbe basarsi la relazione terapeutica. Tra le strategie di prevenzione dell'autolesionismo vi sono la corretta gestione delle emozioni, associata alla comunicazione e all'assenza di giudizi; favorita è anche la consapevolizzazione sul problema e il monitoraggio dei fattori di rischio.

Dallo studio emerge che questi agiti intaccano l'operatore sanitario; se una parte del campione utilizza quest'esperienza come crescita in ambito lavorativo, un'altra ne ricava strascichi a livello familiare, professionale ed emozionale. Si rileva dunque, che l'infermiere in questo contesto

avrebbe bisogno di un supporto psicologico, che lo aiuti nella gestione delle emozioni e nella metabolizzazione di queste; ciò risulta però assente in molti contesti sanitari.

**Parole chiave/ Key words:** infermieri (nurses), emozioni (emotions), autolesionismo (self-harm), disturbo alimentare (eating disorder), assistenza infermieristica (nursing care), vita privata (private life).

# INDICE

## ABSTRACT

|  |                |
|--|----------------|
| <b>INTRODUZIONE</b>  | <b>pag. 1</b>  |
| <b>CAPITOLO I – TEORIE E CONCETTI DI RIFERIMENTO</b>   | <b>pag. 3</b>  |
| <b>1.1 Epidemiologia del Disturbo del Comportamento Alimentare</b>   | <b>pag. 3</b>  |
| <b>1.2 Classificazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare</b>   | <b>pag. 4</b>  |
| <b>1.3 L’autolesionismo nel Disturbo del Comportamento Alimentare</b>  | <b>pag. 6</b>  |
| <b>1.4 Vissuto dell’infermiere che assiste un paziente che pratica autolesionismo</b>                            | <b>pag. 8</b>  |
| <b>1.5 Assistenza Infermieristica all’Autolesionismo</b>   | <b>pag. 8</b>  |
| <b>1.6 Ricadute che l’assistenza ad un agito autolesionistico determina sulla vita personale dell’infermiere</b> | <b>pag. 9</b>  |
| <b>CAPITOLO II–SCOPO DELLO STUDIO E DOMANDE DI RICERCA</b>   | <b>pag. 11</b> |
| <b>2.1 Scopo dello studio</b>  | <b>pag. 11</b> |
| <b>2.2 Quesiti di ricerca</b>  | <b>pag. 11</b> |
| <b>CAPITOLO III – MATERIALI E METODI</b>   | <b>pag. 13</b> |
| <b>3.1 Disegno dello Studio</b>  | <b>pag. 13</b> |
| <b>3.2 Campionamento</b>   | <b>pag. 13</b> |
| <b>3.3 Setting</b>   | <b>pag. 13</b> |
| <b>3.4 Strumenti di Misura</b>   | <b>pag. 15</b> |
| <b>3.5 Attività di Raccolta Dati</b>   | <b>pag. 15</b> |
| <b>3.6 Affidabilità della Raccolta Dati</b>  | <b>pag. 16</b> |
| <b>3.7 Analisi dei Dati</b>  | <b>pag. 16</b> |
| <b>CAPITOLO IV – RISULTATI</b>   | <b>pag. 19</b> |
| <b>4.1 Descrizione del campione partecipante allo studio</b>   | <b>pag. 19</b> |
| 4.1.1 Campione dell’Ospedale di Portogruaro  | <b>pag. 19</b> |
| 4.1.2 Campione della Casa di Cura “Villa Garda”  | <b>pag. 19</b> |
| <b>4.2 Descrizione del campione in relazione allo scopo e ai quesiti di ricerca</b>                              | <b>pag. 20</b> |

|   |                |
|---|----------------|
| 4.2.1 Emozioni e sentimenti esperiti dagli infermieri   | <b>pag. 20</b> |
| 4.2.2 Come si modifica l'approccio infermieristico in conseguenza ad un agito autolesionistico                                    | <b>pag. 21</b> |
| 4.2.3 Come l'assistenza all'autolesionismo ha condizionato il trattamento futuro riservato a pazienti con storia pregressa simile | <b>pag. 22</b> |
| 4.2.4 Le ricadute determinate da questa esperienza lavorativa sulla propria vita privata  | <b>pag. 23</b> |
| <br>  |                |
| <b>CAPITOLO V – DISCUSSIONE</b>   | <b>pag. 25</b> |
| <br>  |                |
| <b>5.1 Discussione</b>  | <b>pag. 25</b> |
| <br>  |                |
| <b>CAPITOLO VI – CONCLUSIONE</b>  | <b>pag. 31</b> |
| <br>  |                |
| <b>6.1 Limiti dello studio</b>  | <b>pag. 31</b> |
| <b>6.2 Indicazioni per la pratica</b>   | <b>pag. 31</b> |
| <b>6.3 Conclusioni</b>  | <b>pag. 32</b> |
| <br>  |                |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b>   |                |
| <br>  |                |
| <b>ALLEGATI</b>   |                |

## INTRODUZIONE

L'infermiere è in continua interazione con molti aspetti negativi della vita umana, come la malattia, il dolore o la morte, da cui spesso scaturiscono problemi di interazione sociale con i clienti o condizionamenti della propria vita personale. La gestione delle emozioni può diventare, quindi, per questa figura un banco di prova della propria professionalità, da sottoporre a continua regolazione. Non si può presumere che i lavoratori che forniscono servizi alla persona siano sempre di buon umore, potendo oltremodo essere soggetti a emozioni come la rabbia e la paura. Tuttavia a questi è richiesto un controllo emozionale su se stessi, come parte del loro orgoglio professionale, in risposta alle emozioni suscitate dal contesto operativo. A differenza di altre professioni, quella infermieristica è sicuramente una di quelle che determina un coinvolgimento diretto dell'operatore con la persona, esponendolo, con elevata frequenza, a un forte dispendio di risorse emozionali.

L'infermiere è chiamato a gestire questa problematica da solo e, molto spesso, ciò è reso più difficoltoso dall'età adolescenziale degli utenti cui si trova a porre assistenza.

Gli adolescenti sono oggi sempre più soggetti a patologie che intaccano la sfera psichica, e con queste, l'infermiere si viene costantemente a confrontare, dovendole gestire, al fine di prevenire l'instaurarsi di complicanze che possono aggravare ulteriormente le condizioni della persona.

I disturbi del comportamento alimentare sono tra le patologie psichiatriche a più forte impatto emozionale, specie quando riguardano gli adolescenti. In Italia, studi pubblicati rilevano una prevalenza dello 0.2-0.8 % per l'anoressia e dell'1-5 % per la bulimia, in linea con i dati forniti dagli altri paesi (Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute).

La maggior parte dei pazienti con disturbi alimentari sperimenta emozioni negative che non è in grado di tollerare; esse determinano quindi comportamenti disfunzionali di modulazione dei sentimenti, come l'autolesionismo, che riducono la consapevolezza dello stato emotivo e lo neutralizzano (Dalle Grave, 2009).

I disturbi del comportamento alimentare e l'autolesionismo sono oggi frequentemente concomitanti (Herpertz, 1995).

Vista l'incidenza di questo fenomeno, si vuole indagare l'insieme degli stati d'animo che si susseguono interiormente nell'infermiere che si trova a gestire un atto di autolesionismo da

parte di un paziente affetto da disturbo del comportamento alimentare, e in che termini quest'esperienza potrebbe condizionarlo nella sua operatività.

Con questo lavoro si vuole esplorare dunque ciò che spesso viene visto come una tacita e non codificata competenza, e valutare come questa possa riguardare il percorso lavorativo e di vita dell'infermiere.

L'esperienza e l'espressione emotiva possono essere valorizzate, espresse o sopresse. Frequentemente il personale infermieristico non è ben supportato nel metabolizzare avvenimenti specifici, che rischiano di iper-coinvolgerlo durante il proprio percorso lavorativo, tendendo quindi a sopprimere questi sentimenti, che se analizzati con le giuste metodiche, potrebbero essere elaborati a completamento del proprio profilo lavorativo.

Con lo scopo di dar maggior luce e chiarezza alla strada intrapresa, si è pensato di sottoporre il personale infermieristico, operante nei centri per i disturbi alimentari, a un'intervista semi-strutturata di quattro domande aperte, per analizzare gli effetti della componente emotiva sul processo assistenziale e la relazione che quest'ultima assume sul benessere psicologico dell'infermiere che opera in tale ambito.

## **CAPITOLO I - TEORIE E CONCETTI DI RIFERIMENTO**

### **1.1 Epidemiologia del Disturbo del Comportamento Alimentare**

Nell'ultimo quarto di secolo si è evidenziato un notevole incremento dei disturbi del comportamento alimentare; tale incremento sarebbe riconducibile a una maggiore richiesta di trattamento da parte dei soggetti malati e a un aumento della conoscenza degli specialisti, che ha portato a un inquadramento diagnostico sempre più precoce (Barbieri & Tronchin, 2010).

L'incidenza dell'anoressia nervosa sarebbe di 8 casi ogni 100000 abitanti per anno, mentre quella della bulimia nervosa si aggira a 12 casi ogni 100000 abitanti per anno.

Questi dati si discostano molto da quelli rilevati nei Paesi del Terzo Mondo (Africa, America Latina e Paesi asiatici), ove il fenomeno non appare socialmente rilevante, ad eccezione di particolari gruppi provenienti dalle città più agiate e collegate al mondo occidentale, dove questi disturbi sarebbero fino a tre volte più diffusi rispetto ai centri rurali (Barbieri & Tronchin, 2010).

I dati epidemiologici internazionali e nazionali indicano la prevalenza dell'anoressia nervosa intorno allo 0,2-0,8%, quella della bulimia nervosa al 3% e per i disturbi non altrimenti specificati intorno al 3,7-6,4%, nella popolazione femminile compresa tra i dieci e i venticinque anni. Il rapporto tra maschi e femmine è stimato pari a 1:9 (Ruocco & Alleri, 2006).

L'età di esordio è tra i dieci e i trent'anni con un andamento bimodale: si ha, infatti, un primo picco tra i quattordici e i venti anni e un secondo picco tra i trenta e i trentacinque anni (Elisei, Moretti & Firenze, 2009).

In Italia, circa mezzo milione di persone soffre di disturbi alimentari. Negli'ultimi dodici anni, l'incidenza dell'anoressia nervosa sembra essere rimasta stabile, mentre la bulimia nervosa pare aver subito un significativo aumento. Ciò nonostante, ogni anno, vengono contati più di 8.500 nuovi casi di anoressia e bulimia nervosa (Ruocco & Alleri, 2006).

Recenti studi epidemiologici hanno dimostrato che i disturbi alimentari sono equamente diffusi al nord, al centro e al sud, con un tasso di prevalenza che può essere paragonato a quello dei paesi anglosassoni; è evidente, di fronte a tali dati, riscontrare l'incidenza di un certo modello culturale nella diffusione di questi disordini (Barbieri & Tronchin, 2010).

L'anoressia nervosa presenta una distribuzione alquanto uniforme nel nostro paese: Italia del Nord 0,36%, Italia centrale 0,4-0,36%, Italia del Sud 0,2%; lo stesso vale per la bulimia



nervosa che si estende con una percentuale dello 0,5-1% nell'Italia del Nord, 1-0,7% in Italia centrale e 1,7% nell'Italia del Sud (Dalle Grave, 2005).

Inoltre è stato evidenziato che l'anoressia, in Italia, esordisce durante il periodo della pubertà e dell'adolescenza al contrario della bulimia, che ha maggiore probabilità di comparire durante gli ultimi anni della scuola superiore/primi anni dell'università in correlazione a problematiche quali la separazione dalla famiglia e l'ingresso nel mondo degli adulti (Gordon, 2004).

## **1.2 Classificazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare**

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione oppure da comportamenti inerenti all'alimentazione, che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo, e che compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale (APA, 2013).

Questi non sono secondari a nessuna patologia medica o psichiatrica già conosciuta o esistente (Ruocco & Alleri, 2006).

Con la pubblicazione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association (APA), si ha la modificazione della terminologia finora in uso, ridefinendo così i Disturbi del Comportamento Alimentare con la dicitura di "Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione". In tale elaborato si proseguirà con la nomenclatura precedentemente conosciuta, in quanto la nuova terminologia non risulta affermata e ancora di uso comune.

Il Manuale di riferimento, inoltre, definisce svariati gruppi patologici ricollegabili a questa categoria, che verranno elencati e spiegati in breve di seguito.

### *L'Anoressia Nervosa*

Ciò che contraddistingue l'anoressia nervosa dagli altri disturbi alimentari è il rifiuto del cibo da parte della persona e la paura ossessiva di aumentare di peso. L'anoressia nervosa ha genesi, nella maggior parte dei casi, con una dieta che sembra innocua e non diretta con l'intento di ridursi alla fame. Il soggetto appare quindi ossessionato dal pensiero del cibo, dalla dieta, dal conteggio delle calorie e dalla propria immagine riflessa allo specchio (Gordon, 2004).

La diagnosi di anoressia nervosa solitamente prevede la compresenza di tre caratteristiche essenziali nell'assistito, ovvero:

1. severa perdita di peso: tutte le persone affette da anoressia nervosa, per definizione devono essere sottopeso, e quindi pesare meno del 85% del peso standard. Non è importante essere sottopeso per la diagnosi, ma la presenza del desiderio di essere eccessivamente magre e l'opposizione della paziente all'aumento ponderale;
2. paura di ingrassare;
3. preoccupazione estrema per il peso e le forme corporee: queste sono giudicate in modo abnorme (APA, 2013).

L'APA definisce l'anoressia in base al Body Mass Index in:

lieve:  $\geq$  BMI 17; moderata: BMI 16-16,99; severa: BMI 15-15,99; estrema: BMI < 15.

### *La Bulimia Nervosa*

La bulimia nervosa è caratterizzata da abitudini alimentari gravemente anomale; i soggetti che ne soffrono, infatti, perdono ripetutamente il controllo sulla quantità e qualità del cibo da assumere. Questa patologia di interesse psichiatrico, è caratterizzata da abbuffate alimentari, intese come episodi di ingestione di quantità notevoli di cibo, accompagnate dalla sensazione di perdita di controllo e da condotte di compenso, come il digiuno, il vomito, l'uso di lassativi o l'esecuzione di prestazioni fisiche eccessive che, intenzionalmente, avrebbero lo scopo di eliminare le calorie assunte durante tale pratica. Questo si ripete in media una volta a settimana per tre mesi. Caratteristica è inoltre la valutazione di sé inappropriata e influenzata dalla forma e dal peso del corpo (APA, 2013). Il grado di severità definito dall'APA è ricollegabile alla frequenza con cui gli eventi compensatori si sviluppano nella settimana:

lieve: 1-3; moderata: 4-7; severa: 8-13; estrema: 14 o più.

### *Binge – Eating Disorder*

È un disturbo caratterizzato da abbuffate ricorrenti, in assenza di comportamenti di controllo del peso estremi (no azioni di compenso), che si sono sviluppati con una frequenza di almeno una volta negli ultimi tre mesi. Si tratta di un disturbo molto diffuso, colpisce circa il 10% dei soggetti affetti da DCA, con un'ampia prevalenza sui soggetti di età avanzata (APA, 2013).

### *Disturbo Evitante/ Restrittivo dell'Assunzione di Cibo*

È un'anomalia dell'alimentazione e della nutrizione (come ad esempio la mancanza di interesse per il cibo) che si manifesta attraverso una persistente incapacità di assumere un

adeguato apporto nutrizionale e/o energetico, associato a una perdita significativa di peso, o una carenza nutrizionale, o una dipendenza da supplementi nutrizionali orali, o nutrizione enterale, o una marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.

Ne fanno parte l' "ortoressia" e la "reverse anorexia" (APA, 2013).

#### *Altri disturbi specifici della Nutrizione e dell'Alimentazione*

Questa categoria comprende il Disturbo da Alimentazione Notturna, l'Anoressia Nervosa Atipica, la Bulimia Nervosa a bassa frequenza, il Binge Eating a bassa frequenza e il Disturbo Purgativo (APA, 2013).

#### *Pica*

Persistente ingestione di sostanze non alimentari inappropriata rispetto all'età di sviluppo, per un periodo di tempo di almeno un mese (APA, 2013).

#### *Disturbo di Ruminazione*

Ripetuto rigurgito di cibo, per un periodo di almeno un mese, non ricollegabile a nessuna condizione medica generale (APA, 2013).

#### *Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione non Altrimenti Specificati*

Con questo termine viene indicata una categoria diagnostica residua all'interno della classe globale. Gli studi oggi disponibili sul trattamento dei disturbi NAS sono molto ridotti, causa la poca conoscenza di questi e la mancanza di criteri positivi per demarcare la loro diagnosi (Dalle Grave, 2009).

### **1.3 L'Autolesionismo nel Disturbo del Comportamento Alimentare**

Con il termine autolesionismo o "Repetitive Self- Harm Syndrome" si identifica il tentativo di causare, intenzionalmente, un danno deliberato e diretto sul proprio corpo, lesionandosi in modo abbastanza grave da provocare danni ai tessuti e agli organi, senza intendo suicidario (Pani & Di Paola, 2013).

La letteratura empirica considera l'autolesionismo come un sintomo correlabile a differenti patologie, come per esempio accade con il Disturbo Borderline di Personalità. In altri casi questo impulso viene interpretato, invece, proprio come un disturbo autonomo (Favazza, 1998).

Studi condotti sulla prevalenza dell'autolesionismo in un campione femminile di pazienti psichiatriche con patologie di asse I, hanno evidenziato che i Disturbi del Comportamento

Alimentare erano notevolmente la diagnosi più diffusa (54%) nel campione partecipante alla ricerca.

Questo dato, comunque significativo, deve essere letto alla luce del fatto che diversi autori affermano come nella popolazione femminile di autoferitori si ritrovi questa diagnosi come prevalente (Herpertz, 1995).

È evidente quindi una netta correlazione tra disturbi alimentari e comportamento autolesionistico; la coesistenza tra i due non è spiegabile semplicemente come una sovrapposizione di sintomi, dal momento che alcuni comportamenti specifici dei DCA, come per esempio l'abuso di lassativi, possono essere considerati di per sé una forma di autolesionismo. Come appena esplicitato, infatti, gli stessi disturbi alimentari potrebbero essere interpretati come una forma di autolesionismo indiretto (Pani & Farrarese, 2007).

L'autolesionismo è correlabile in parte all'impulsività caratteristica di tale patologia (Stein, Lilienfeld, Wildmann & Mancus, 2004) e in parte all'intolleranza alle emozioni tipica di queste pazienti (Dalle Grave, 2009).

L'idea che tale disturbo fosse collegato a un eccesso di impulsività ha suggerito al professor Lacey, che questi soggetti potessero soffrire di un disturbo "multi - impulsivo", e che l'autolesionismo, i comportamenti sessualmente promiscui o le abbuffate potessero essere espressioni di questo problema.

Studi controllati hanno dimostrato che i pazienti bulimici, per esempio, hanno elevati livelli di impulsività e difficoltà nel controllarsi; gli atti impulsivi sono finalizzati ad allentare la propria tensione emotiva (Dalle Grave, 2005).

L'intolleranza alle emozioni gioca un ruolo centrale nell'instaurarsi di tali disordini.

Sono le emozioni negative o frequenti ad essere mal tollerate da questa categoria di soggetti. L'intolleranza è prevalente verso sentimenti quali rabbia, ansia e depressione, ma in alcuni casi, si può osservare anche nei confronti di emozioni positive, come l'eccitamento. Non è stato ancora chiarito se questi pazienti sperimentino stati emotivi particolarmente intensi o se si tratti di un'eccessiva sensibilità alle emozioni da parte di questi. Questa problematica porta i pazienti con disturbi alimentari a non accettare e gestire le modificazioni dell'umore, ma ad adottare comportamenti disfunzionali di modulazione dei sentimenti, con lo scopo di neutralizzare o ridurre la consapevolezza dello stato emotivo. Attraverso le attività di modulazione dei sentimenti, quali l'autolesionismo appunto, o l'assunzione di sostanze psicoattive, si ha una ricaduta personale che può

danneggiare, a lungo andare, il trattamento. L'intolleranza alle emozioni in questi casi può diventare un meccanismo aggiuntivo di mantenimento del disturbo che deve essere affrontato e curato come la patologia stessa (Dalle Grave, 2009).

#### **1.4 Vissuto dell'infermiere che assiste un paziente che pratica autolesionismo.**

Come sopraccitato, spesso la componente emotiva è stata sottostimata e considerata un elemento di disturbo per l'attività lavorativa, in ambito sanitario. Invece le emozioni giocano un ruolo centrale nel processo assistenziale, e spesso non è possibile controllarle o bloccarne l'insorgenza.

Dalla letteratura empirica risulta che, il vissuto emozionale dell'infermiere che assiste un paziente con comportamento autolesionista è caratterizzato da svariate emozioni, tutte ricollegabili nella sfera dei sentimenti negativi. Questi affermano come la componente emotiva giochi un ruolo centrale nel processo assistenziale, divenendo anche in grado di modificare e plasmare le azione che seguiranno, successivamente, l'agito stesso.

Dallo studio in analisi emerge che, il comportamento autolesionista risulta una sfida di cura per l'infermiere che si trova a gestirlo, e che la componente emotiva è accompagnata da un forte senso di responsabilità (Brodtkorb, 2001).

Tra le emozioni esplesate dai 12 infermieri, con esperienza e interesse per il problema, si evidenziano rabbia, impotenza e compassione. Queste emozioni vengono accompagnate anche da un forte senso di curiosità e voglia di comprendere le dinamiche dell'accaduto (Brodtkorb, 2001).

Uno studio qualitativo eseguito su 184 studenti dell'ultimo anno, frequentanti il corso di Laurea in Medicina, Infermieristica e Psicologia, ha evidenziato che le emozioni che scaturiscono dalla semplice visione di una vignetta rappresentante una donna che si autolede, sono prevalentemente sentimenti di rabbia, che si ricollega a una ridotta disponibilità di trasmissione d'aiuto al paziente, e ansia, accompagnata da un aumento dell'utilizzo di strategie coercitive per la gestione dell'agito (Law, Rostill-Brookes & Goodman, 2009).

#### **1.5 Assistenza Infermieristica all'Autolesionismo**

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 (Mendes, 2015).

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 (Mendes, 2015).

Da uno studio del 2012 risulta come la consapevolezza 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 consapevolezza 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 (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012).

### **1.6 Ricadute che l'assistenza ad un agito autolesionistico determina sulla vita personale dell'infermiere**

Come afferma il National Institute for Clinical Excellence, il professionista sanitario che supporta e assiste pazienti che attuano autolesionismo, ha bisogno di un supporto emotivo efficiente e una regolare supervisione clinica, che faccia in modo che l'impatto emotivo di fornire assistenza a pazienti a rischio possa essere compreso, discusso e affrontato (Mendes, 2015).

L'infermiere nel suo contesto lavorativo è continuamente sottoposto a questo tipo di sollecitazioni, che talvolta vanno a determinare l'insorgenza di stati emotivi, semplici o complessi, responsabili della diminuzione o addirittura della perdita di un equilibrio interiore, indispensabile nella performance lavorativa così come nella vita privata.

La vita privata può essere intaccata dal ricordo di particolari persone o vicende che non vengono accantonate e lasciate nel luogo di lavoro, ma si insinuano nella mente dell'operatore, anche al termine dell'orario di turno.

Questo effetto collaterale delle professioni d'aiuto, se non gestito, può, a lungo andare, produrre sequele psicologiche di forte disagio in grado di interferire non solo sulla sfera personale, ma anche su quella professionale, incidendo drasticamente sulla qualità del loro operato.

Il dato di fatto è che un operatore stressato non si trova nelle condizioni migliori per fornire, in una relazione d'aiuto, il giusto ed equilibrato apporto umano all'assistenza e potrebbe risultare fortemente pericoloso per se stesso, per gli altri operatori e per gli utenti; allo stesso modo l'eccessivo coinvolgimento o il distacco impedisce di vivere serenamente la propria professione, limitandola alla sola risposta tecnica dei bisogni fisici dell'ammalato, senza considerare la persona con cui ci si relaziona e le sue richieste inesprese.

## **CAPITOLO II - SCOPO DELLO STUDIO E DOMANDE DI RICERCA**

### **2.1 Scopo dello Studio**

Lo studio ha come scopo quello di analizzare i vissuti degli infermieri che operano presso i Centri per il Disturbo del Comportamento Alimentare assistendo pazienti con comportamento autolesionistico, le conseguenze che questi vissuti hanno sull'attuazione dell'assistenza ai medesimi assistiti nella quotidianità o ad assistiti con peggiorato comportamento autolesionistico, determinando anche le eventuali ricadute di tali emozioni sull'operatore sanitario.

### **2.2 Quesiti di ricerca**

L'elaborato di tesi, rispetto all'obiettivo posto, intende rispondere ai seguenti quesiti:

- quali emozioni si possono riscontrare nell'infermiere che assiste un paziente con comportamento autolesionistico?
- queste emozioni possono alterare il rapporto assistenziale infermiere-paziente nella quotidianità?
- queste emozioni possono condizionare il futuro processo assistenziale destinato ad altri pazienti con peggiorato comportamento autolesionistico?
- queste emozioni possono determinare delle ripercussioni sulla vita personale dell'operatore sanitario?





## **CAPITOLO III - MATERIALI E METODI**

### **3.1 Disegno dello Studio**

La ricerca condotta per l'elaborazione della tesi, è uno studio di tipo qualitativo, fenomenologico.

### **3.2 Campionamento**

Il campione di ricerca selezionato per lo studio è composto da:

- tutti gli infermieri che prestano assistenza ai pazienti nel Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso presso la struttura “La casa delle farfalle” dell’Azienda ULSS 10 “Veneto Orientale” - Distretto Unico di Portogruaro (VE), della Regione Veneto;
- tutti gli infermieri che prestano assistenza ai pazienti nella Riabilitazione Nutrizionale presso la Struttura Sanitaria Accreditata Casa di Cura Villa Garda “Gocce di Colore” dell’Azienda ULSS 22, di Garda (VR), della Regione Veneto.

I criteri che hanno portato al reclutamento degli infermieri nello studio, sono stati i seguenti:

- criteri di inclusione: tutti gli infermieri che operano nei DCA e che nella loro carriera lavorativa hanno vissuto l'esperienza di gestione di comportamenti autolesionistici;
- criteri di esclusione: infermieri che pur operando nei DCA non hanno mai avuto esperienze con assistiti con comportamenti autolesionistici o eventuali infermieri non disponibili a sostenere l'intervista semi-strutturata.

### **3.3 Setting**

Lo studio è stato condotto presso il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso “La casa delle farfalle” di Portogruaro e presso la Casa di Cura Villa Garda “Gocce di Colore” di Garda.

Il primo è il principale centro di riferimento per la cura e la riabilitazione di tali disturbi dell'intera provincia di Venezia.

Esso fa parte dell'azienda ULSS 10 “Veneto Orientale”, collocandosi al di sotto del Distretto Socio Sanitario Unico, da poco creatosi, come previsto da Piano Socio Sanitario Regionale.

Il Servizio per i Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso di Portogruaro garantisce trattamenti ambulatoriali, in struttura riabilitativa e segue gli utenti in caso di ricovero in ospedale.

Esso dispone di una comunità terapeutica specializzata nel trattamento riabilitativo dei DCA, “La casa delle farfalle” appunto. Questa si articola in una Comunità Terapeutica Residenziale Protetta, con 9 posti letto, e alcuni posti letto per la frequenza diurna. Il percorso riabilitativo solitamente viene terminato con il passaggio del paziente in Appartamento Protetto, con disponibilità di 6 posti letto, in cui viene testata l’appropriatezza di questo alla dimissione.

La finalità principale dell’Ente è di fornire trattamenti ambulatoriali e un’assistenza riabilitativa efficaci e che tengano in stretta considerazione la fragilità del paziente affetto da DCA e il carico emotivo e assistenziale della sua famiglia.

All’interno della comunità, i pazienti sono seguiti da un’equipe multi-professionale composta da: 2 medici psichiatri, 1 medico dietologo, 3 psicologi psicoterapeuti, 1 psicologa, 3 dietisti, 8 infermieri e 5 operatori socio-sanitari.

L’assistenza infermieristica erogata riveste un ruolo fondamentale all’interno dell’organizzazione. L’infermiere, infatti, è presente all’interno della struttura durante tutte le ore del giorno, assicurando risposta ai bisogni degli ospiti.

Invece, la Casa di Cura Villa Garda “Gocce di Colore” è inserita in modo consolidato nella realtà sanitaria veneta; essa fa parte dell’Asl n°22 ed è accreditata ai sensi della D.G.R. Regione Veneto n. 3128 del 14 dicembre 2010.

La Casa di Cura è presieduta da un Direttore Sanitario e da un Procuratore nonché Direttore Amministrativo che definiscono gli obiettivi, i programmi d’azione e attuano la verifica per valutare i risultati raggiunti.

Il ruolo della struttura nel piano sanitario regionale è stato identificato in ambito riabilitativo, erogando servizi di diagnosi e cura in regime di degenza ospedaliera e prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali.

Essa è autorizzata per 38 posti letto per quanto riguarda la Riabilitazione Nutrizionale.

La Riabilitazione Nutrizionale è collocata al primo piano della struttura e suddivisa in due settori, Anoressia e Obesità. Al suo interno si collocano stanze da due, tre o quattro posti letto, destinate a ricoveri ordinari o a prestazioni di day-hospital. Le camere sono arredate in modo non ospedaliero, tipo college e personalizzabili da ciascun ospite.

La finalità di tale unità è di iniziare e continuare un percorso di cura finalizzato all'interruzione dei fattori di sviluppo e mantenimento dei disturbi dell'alimentazione.

Entrambi i settori della Riabilitazione Nutrizionale sono retti da un unico Responsabile nonché Direttore di Struttura Complessa che regola e governa un team multi-professionale composto da 4 dirigenti medici, 3 dietisti, 3 psicologi, 14 infermieri, 10 operatori socio-sanitari e personale ausiliario.

### **3.4 Strumenti di Misura**

A ogni infermiere reclutato per lo studio, è stato richiesto di compilare una scheda anagrafica-professionale (Allegato № 1) per descrivere meglio le caratteristiche del campione partecipante alla ricerca. La scheda presentava i seguenti item: sesso, età, tipologia di formazione professionale posseduta, anni di percorso lavorativo come infermiere, anni di percorso lavorativo presso la realtà dei disturbi alimentari ed eventuali altre realtà operative presso cui si era prestato servizio in precedenza. In seguito alla compilazione di questo, si è compiuta un'intervista semi-strutturata composta da quattro domande orientative, ma non direttive (Allegato № 2), formulate secondo le nozioni ricavate dalla letteratura di riferimento. Le domande avevano lo scopo di indagare il vissuto e le emozioni che scaturiscono nell'infermiere in conseguenza a un comportamento autolesionistico da parte di assistiti ricoverati presso i DCA, valutare come eventualmente l'approccio infermieristico si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità o durante i successivi episodi di autolesionismo cui si è assistiti, valutare se quest'esperienza condiziona il futuro trattamento a pazienti di cui si è già a conoscenza di un pregresso comportamento autolesionistico e ricercare eventuali ricadute sull'operatore. Le interviste sono state eseguite presso uno dei locali disponibili dell'Unità Operativa, in modo da non avere interruzioni dall'esterno, e sono state registrate, per facilitarne la stesura successiva.

### **3.5 Attività di Raccolta Dati**

L'attività di raccolta dati è stata preceduta da alcune azioni:

- conseguire le autorizzazioni necessarie per la realizzazione delle interviste e l'utilizzo dello strumento d'indagine da parte del Direttore Generale dell'Azienda ULSS 10 "Veneto Orientale" e del Procuratore della Casa di Cura Villa Garda (Allegato № 3 e 4);

- stabilire contatti con il Coordinatore Infermieristico delle rispettive Unità Operative con lo scopo di esporre il disegno dello studio e ottenere la collaborazione dei professionisti delle realtà cliniche.

La raccolta dati è avvenuta attraverso il reclutamento di 20 infermieri, i quali sono stati sottoposti a intervista audio registrata, per consentire all'intervistatore di poter accedere nuovamente ai dati completi.

I colloqui sono stati compiuti dal 22/06/15 al 06/07/15 presso la struttura di Portogruaro e dal 13/07/15 al 20/07/15 presso la Casa di Cura di Garda.

Il personale infermieristico intervistato è stato sottoposto alla firma di un consenso informato (Allegato № 5 e 6), attraverso il quale è stato messo a conoscenza dello studio e con il quale veniva garantito l'anonimato di ciascun soggetto costituente il campione di indagine. Seguiva la compilazione di una scheda anagrafica-professionale e l'effettuazione dell'intervista semi - strutturata.

Le registrazioni hanno avuto la durata media di 21 minuti circa.

Al termine della scrittura dei risultati, le registrazioni effettuate sono state distrutte; i dati reperiti sono disponibili solo in forma anonima e aggregata ai fini dell'analisi dei dati per l'elaborazione della tesi.

### **3.6 Affidabilità della Raccolta Dati**

Le interviste semi-strutturate sono state compiute personalmente dallo scrivente mediante la collaborazione del personale infermieristico.

La scelta del campione è stata svolta nel rispetto dei termini di inclusione ed esclusione predefiniti, dei tempi di lavoro del personale infermieristico e nel rispetto della privacy di questo. Le interviste si sono svolte nel rispetto di quanto progettato nello studio, garantendo l'omogeneità dei dati raccolti.

Si può quindi affermare che l'affidabilità della raccolta dati è stata garantita.

### **3.7 Analisi dei Dati**

I dati raccolti mediante la compilazione della scheda anagrafica-professionale sono stati analizzati mediante elaborazione di percentuale e messi in correlazione tra loro in base alla sede di tirocinio elettivo da cui sono stati ricavati.

Le interviste semi-strutturate effettuate, invece, sono state trascritte, da chi ha elaborato il lavoro di tesi, Verbatim. Questo sistema ha permesso di riportare le stesse parole nello

stesso ordine in cui sono state pronunciate, senza parafrasi, sostituzioni, rimozioni, abbreviazioni o correzioni tali da compromettere il significato del testo. Il tempo impiegato per ciascuna trascrizione è sovrapponibile al tempo dedicato all'intervista stessa, ovvero di circa 21 minuti.

Le trascrizioni delle interviste saranno analizzate tramite il metodo Van Kaam; si tratta di una delle molteplici metodiche di analisi dello studio fenomenologico descrittive alcuni aspetti delle esperienze vissute.

Lo studio fenomenologico ha lo scopo di spiegare la struttura o l'essenza dell'esperienza vissuta in seguito all'analisi di un fenomeno, alla ricerca dell'unità di significato che è l'identificazione dell'essenza di quel fenomeno e la sua accurata descrizione attraverso l'esperienza vissuta ogni giorno (Rose, Beeby & Parker, 1995).

Il metodo Van Kaam si basa sul raggruppamento dei temi comuni e ricorrenti, etichettandoli. Saranno eliminate le espressioni vaghe e sovrapponibili (Streubert & Carpenter, 2005).

Ciò è stato realizzato mediante questo protocollo di base:

1. realizzare una lista di parole-frasi che descrivono alcuni aspetti dell'esperienza vissuta;
2. raggruppare le espressioni simili;
3. controllare ogni espressione mediante due criteri:
  - presenza di un aspetto dell'esperienza che può strutturare il significato di questa;
  - se è sì, rendere astratta questa espressione e darle un'etichetta;
4. eliminare ogni espressione irrilevante e ridurre quelle concrete, vaghe e che si sovrappongono a componenti descrittive più precise;
5. raggruppare le componenti descrittive più comuni, e identificarle mediante espressioni astratte;
6. controllare la componente descrittiva, ognuna deve:
  - essere espressa esplicitamente o implicitamente nella maggioranza delle espressioni dei partecipanti;
  - essere compatibile con ogni descrizione con cui non è espressa;
  - essere provata in quanto espressione di esperienze esterne che si introduce nello studio.

Le variabili emerse dalle interviste saranno poi valutate con percentuali e analizzate tramite delle tabelle.



## CAPITOLO IV – RISULTATI

### 4.1 Descrizione del campione partecipante allo studio

Il campione partecipante alle interviste è composto da n.20 infermieri, i quali hanno soddisfatto i criteri di inclusione stabiliti a priori ed hanno accettato di essere sottoposti a intervista. Di questi, n.8 (40%) sono stati reclutati presso il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso di Portogruaro, e n.12 (60%) presso la Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura “Villa Garda”.

#### 4.1.1 Campione dell’Ospedale di Portogruaro

Le caratteristiche anagrafiche-professionali del campione composto dagli 8 infermieri reclutati presso il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso di Portogruaro, hanno riguardato i seguenti dati, così rappresentati (Allegato № 8):

-*genere*: il campione è composto da n.7 femmine (87,5%) e n.1 maschio (12,5%);

-*età*: i soggetti reclutati nello studio hanno un’età media di 48,6 anni ( $\pm 9,3$ );

-*massimo titolo conseguito in Infermieristica*: n.6 infermieri (75%) hanno conseguito il Diploma di Infermiere Professionale, n.1 infermiere (12,5%) ha conseguito il Master in Coordinamento delle Professioni Sanitarie e n.1 infermiere (12,5%) possiede il Diploma di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche;

-*anni di percorso lavorativo come infermiere*: in media gli infermieri hanno un percorso lavorativo di 25,7anni ( $\pm 9,5$ );

-*anni di percorso lavorativo presso i DCA*: in media gli infermieri lavorano nella realtà operativa dei disturbi alimentari da 2,1 anni ( $\pm 0,6$ );

-*realtà operative in cui si è prestato lavoro in precedenza*: n.5 infermieri (62,5%) hanno operato in passato presso l’area medica, n.2 infermieri (25%) presso l’area psichiatrica e n.1 infermiere (12,5%) presso l’area materno-infantile.

#### 4.1.2 Campione della Casa di Cura “Villa Garda”

Le caratteristiche anagrafiche-professionali del campione composto dai 12 infermieri reclutati presso la Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura “Villa Garda”, hanno riguardato i seguenti dati, così rappresentati (Allegato № 8):

-*genere*: il campione è composto da n.11 femmine (91,7%) e n.1 maschio (8,3%);

-*età*: i soggetti reclutati nello studio hanno un’età media di 42,2 anni ( $\pm 9,4$ );



*-massimo titolo conseguito in Infermieristica: n.7 infermieri (58,3%) hanno conseguito il Diploma di Infermiere Professionale, n.4 infermieri (33,4%) hanno conseguito il Master in Coordinamento delle Professioni Sanitarie e n.1 infermiere (8,3%) possiede il Diploma di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche;*

*-anni di percorso lavorativo come infermiere: in media gli infermieri hanno un percorso lavorativo di 22,8 anni ( $\pm 9,8$ );*

*-anni di percorso lavorativo presso i DCA: in media gli infermieri lavorano nella realtà operativa dei disturbi alimentari da 17,6 anni ( $\pm 11,8$ );*

*-realtà operative in cui si è prestato lavoro in precedenza: n.5 infermieri (41,6%) hanno operato in passato presso l'area medica, n.2 infermieri (16,7%) presso l'area psichiatrica e n.5 infermiere (41,6%) presso l'area materno-infantile.*

## **4.2 Descrizione del campione in relazione allo scopo e ai quesiti di ricerca**

Le interviste realizzate sono state analizzate tramite l'utilizzo di diverse tabelle (Allegato № 9) ove sono stati registrati i vissuti esperienziali degli infermieri intervistati.

### *4.2.1 Emozioni e sentimenti esperiti dagli infermieri*

Dall'analisi delle interviste è emerso che gli infermieri hanno manifestato diverse emozioni dinanzi all'attuazione di un comportamento autolesionistico da parte di un paziente con disturbo alimentare. Il 40% degli infermieri ha espresso di aver provato incomprensione nei confronti dell'utente, poiché non in grado di dare una spiegazione razionale al gesto compiuto (Allegato № 9, tabella n°1). Dei n.20 infermieri intervistati, n.7 (35%) hanno vissuto la vicenda come una sconfitta dal punto di vista professionale, sentendosi in colpa per l'accaduto e n.5 (25%) infermieri hanno affermato di aver provato disagio per la situazione creatasi, avendo preferito la loro assenza in tale circostanza. Tristezza e dispiacere sono emozioni esperite dal 30% del campione reclutato, a differenza della rabbia espressa dal 30% del campione e di spavento e paura esplicitata invece dal 25% del personale infermieristico. Dalle n. 20 interviste è emerso che n.4 (20%) infermieri si sente impotente e disarmato di fronte tale situazione. Il 20% del campione partecipante alle interviste esprime che il comportamento autolesionistico lo fa star male interiormente mentre n.4 infermieri provano pena per il soggetto che compie l'atto. Una parte del campione, composta dal 15%, vive la vicenda con serenità; questa è determinata da un processo di accettazione che si instaura involontariamente in soggetti sottoposti a vivere

troppo spesso queste azioni. Il 10% degli infermieri afferma di non provare nessun sentimento, mentre n.2 (10%) infermieri mostrano ansia correlata all'agito lesivo. Il 10% del campione reclutato dichiara di provare adrenalina, determinata dall'intervento immediato che può seguire questo comportamento, contrariamente ad un altro 10% del personale infermieristico che esplicita curiosità e voglia di comprendere le dinamiche sottostanti tale comportamento. Solo il 5% degli infermieri esperisce fastidio per la situazione e il gesto compiuto, perché non conforme al proprio agire etico.

#### *4.2.2 Come si modifica l'approccio infermieristico in conseguenza ad un agito autolesionistico*

Dall'analisi dei dati raccolti si evidenzia che il 65% dei 20 infermieri intervistati, in seguito ad un agito autolesionistico, modifica il proprio approccio infermieristico nella quotidianità favorendo la sorveglianza e l'attenzione nei confronti del soggetto artefice di tale atto, con lo scopo di essere in grado o di accorgersi a priori della possibilità che questo possa essere compiuto, o di intervenire in modo tempestivo dopo l'agito stesso (Allegato № 9, tabella n°2). Il 50% del personale infermieristico preferisce invece incoraggiare la comunicazione con il paziente interessato, al fine di individuare la pulsione e poterla gestire senza permettere che questa abbia sfogo, a differenza del 25% degli infermieri che invece basa il proprio approccio sull'evitare di lasciare trasparire giudizi nei confronti del paziente in questione.

Dalle 20 interviste effettuate, si evidenzia che il 20% degli infermieri favorisce la consapevolizzazione sull'autolesionismo e sulle dinamiche, come strategia per evitare la ricomparsa di tale problematica, un altro 20% favorisce la richiesta d'aiuto e un altro 20% sostiene la possibilità di insegnare a gestire, con modalità più corrette, le emozioni che spingono questi agiti. Dei 20 infermieri intervistati, n.3 modificano la loro gestione infermieristica cercando di stare maggiormente vicini emotivamente al paziente, dimostrandogli affetto e supporto, il 15% del campione invece favorisce l'instaurarsi di un rapporto di fiducia. Se n.3 infermieri mantiene lo stesso approccio, il 15% del campione evita di richiamare l'attenzione sull'utente protagonista dell'agito. I protagonisti degli agiti autolesivi, come sopra citato, hanno prevalentemente un'età adolescenziale, età in cui questi soggetti sono spinti a riprodurre, per imitazione, i gesti compiuti dai coetanei. La ricaduta dell'attenzione dell'intera comunità su questi comportamenti, solitamente porta all'imitazione di tale gesto, che finirebbe per ripetersi con maggiore frequenza una volta

compiuto all'interno del gruppo. L'indifferenza è preferita dal 15% degli infermieri, mentre n.3 di questi cerca di evitare di opprimere il paziente con le attenzioni riservatigli. Il 10% del campione intervistato, effettua un controllo più accurato dell'oggettistica utilizzata per evitarne l'uso improprio, al contrario di n.2 infermieri che favorisce il monitoraggio dell'umore, la comparsa d'irritabilità e di tutti quei fattori di rischio che possono richiamare l'attenzione sull'attuazione di tale comportamento. I dati inoltre evidenziano che n.2 infermieri puntano sul lavoro d'equipe per gestire al meglio questa pulsione, mentre il 5% del personale infermieristico preferisce un controllo fisico quotidiano dell'utente che ne è affetto.

#### *4.2.3 Come l'assistenza all'autolesionismo ha condizionato il trattamento futuro riservato a pazienti con storia pregressa simile*

Dallo studio è emerso che nella maggior parte dei casi, gli infermieri rimangono segnati dagli episodi di autolesionismo cui hanno garantito assistenza. Questo determina l'insorgere di comportamenti specifici, che vengono messi in atto, quasi involontariamente, dinanzi ad utenti con storia pregressa simile, in via preventiva. Dei 20 infermieri intervistati, infatti, l'80% assume un livello di sorveglianza più alto (Allegato № 9, tabella n°3), mentre il 35% monitora con attenzione l'ambiente e gli oggetti potenzialmente pericolosi presenti in questo. Dalle interviste effettuate è emerso inoltre che n.6 infermieri evidenziano l'importanza di una gestione corretta delle emozioni e la loro possibile esternazione durante la crisi, poiché ciò può determinare una modulazione positiva della pulsione, a differenza del 30% del campione che preferisce incrementare la comunicazione con l'utente, come strategia per valutare la possibilità che il comportamento autolesionistico possa verificarsi o meno. Se il 25% degli infermieri monitora la comparsa di eventuali fattori di rischio che possano far pensare alla comparsa dell'agito, invece n.5 infermieri avvantaggiano l'idea di rendere maggiormente consapevole il paziente della patologia presente e la possibile correlazione di questo a momenti di crisi da saper gestire. Dei n.20 operatori sanitari intervistati, n.5 (25%) infermieri incrementano la richiesta d'aiuto e n.3 tentano di immedesimarsi nei pazienti. Il 15% del personale infermieristico afferma che il trattamento a questi pazienti non subisce nessun condizionamento, in opposizione a n.3 infermieri che utilizza innumerevoli strategie per facilitare l'inserimento dell'utente nella comunità. Il monitoraggio degli eventi stressanti è la strategia utilizzata da n.2 infermieri, mentre il 10% degli intervistati avvantaggia l'idea di tener maggiormente

impegnato il potenziale autolesionista durante la giornata, e solo il 5% punta sulla trasmissione di maggiore serenità e protezione come modalità per impedire questi agiti.

#### *4.2.4 Le ricadute determinate da queste esperienze lavorative sulla propria vita privata*

Il comportamento autolesionistico e la sua gestione determinano delle notevoli ripercussioni non solo in ambito lavorativo ma anche sulla sfera privata, che il personale infermieristico è chiamato a gestire in autonomia e con strategie proprie. Dalle interviste effettuate si è evidenziato che, dopo l'accaduto, l'infermiere non è in grado di archiviare il tutto una volta terminata la turnazione lavorativa, ma come il 45% degli intervistati (Allegato № 9, tabella n°4), si ritrova a ripensare alla vicenda anche fuori dall'ambiente di lavoro. Il 40% del campione sottoposto a intervista, esperisce inoltre l'insorgere di grandi sensi di colpa e il 20% di questo riferisce una ripercussione marcata della vicenda sulla propria famiglia e i propri figli adolescenti. Alcuni infermieri si dimostrano più forti nel gestire queste vicende e in grado di non farle incidere sulla vita personale; il 30% degli intervistati afferma, infatti, di non notare nessuna ripercussione data da questi agiti sulla propria vita privata. Dei n.20 infermieri intervistati, n.5 affermano notevoli ricadute, ricollegabili prevalentemente alla mancanza di supporto psicologico e di una rielaborazione di gruppo, necessaria per fronteggiare l'accaduto, e n.3 (15%) riferisce una correlazione tra l'accaduto e la messa in discussione della propria professionalità. La crescita personale è affermata come ricaduta positiva da n.2 infermieri, mentre il 5% esprime la comparsa di una gestione scorretta delle emozioni nella quotidianità, determinata da un'imitazione involontaria dell'utente in carico.



## CAPITOLO V – DISCUSSIONE

### 5.1 Discussione

Come riportato nelle trascrizioni delle interviste e come riscontrato anche in letteratura, nei precedenti paragrafi si è sottolineata l'importanza di come gli infermieri possano, con intensità e natura diversa, reagire emotivamente dinanzi ad un agito autolesionistico e su come questo possa incidere sull'assistenza futura al paziente. Nei primi capitoli di questo elaborato si è posto l'accento su come l'infermiere si trovi molto spesso a contatto con le emozioni che scaturiscono da qualsivoglia situazione; queste sono in grado di incidere, più o meno gravemente, sull'operatore sanitario, intaccando il percorso lavorativo e di vita dell'infermiere che ne è soggetto. Secondo la teoria psicologia di Zajonc, le reazioni emotive si sviluppano nelle persone ancor prima che queste possano disporre delle informazioni sufficienti per valutare un soggetto su basi razionali (Marchioro, 2012); sono queste che andranno poi a incidere, spesso involontariamente, sull'assistenza che attueremo al paziente. Alla luce di quanto detto, risulta interessante esaminare e discutere le esperienze dichiarate dagli infermieri inclusi nel campione d'indagine. I risultati emersi da questo studio qualitativo confermano sostanzialmente quelli riportati dalla letteratura di riferimento.

Dalle interviste effettuate è emerso che i *sentimenti* provati dal personale infermieristico aderente allo studio, sono molto vari ma tutti ricollocabili tra le emozioni negative così come evidenziato nello studio condotto da Brodtkorb.

A discostarsi sicuramente dal totale del campione sono il 15% degli infermieri, che esprime una correlazione tra agito autolesionistico e accettazione di questo.

*“I sentimenti che ne scaturiscono sono ormai ridotti, poiché sono entrata nella fase dell'accettazione, fase in cui non ti fai più troppe domande, non cerchi risposte e non provi emozioni particolari da gestire.”* (Intervista 18)

Come esplicitato da questa parte del campione, si è preparati all'agito autolesivo, in quanto lo si ritiene un segno caratteristico della patologia, che potrebbe verificarsi, e che quindi l'infermiere deve aspettarsi dal paziente. Naturalmente è anche la frequenza con cui l'accaduto si ripete che determina l'accettazione del comportamento stesso.

In accordo con quanto rilevato nello studio di Brodtkorb, tra le emozioni più rilevanti si ritrova la rabbia, espletata dal 30% degli operatori sanitari e l'impotenza, esplicitata dal 20% degli intervistati.

Tra gli stati d'animo più dichiarati sono evidenti, anche, l'incomprensione (40%), la tristezza (30%) e lo spavento/ paura (25%). Il 35% vive la vicenda come una sconfitta personale e professionale, si sente in colpa poiché correla l'agito a una limitata attenzione, prontezza nell'intervento o ridotta comunicazione, che se maggiori, avrebbero potuto evitare il tutto.

*“Ti senti in colpa. Ti fai mille domande. Potevo essere lì cinque minuti prima? Perché non ho fatto un giro di sorveglianza? Ma sono tutte domande a cui non riesci a dare una risposta.”* (Intervista 4)

Evidenti sono anche sentimenti quali disagio (25%), malessere generale (20%), pena (20%), adrenalina (10%) e fastidio (5%).

Il 10% del campione invece riferisce ansia, così come evidenziano Law, Rostill-Brookes e Goodman nello studio del 2009 da loro condotto.

Del totale degli intervistati, n.2 infermieri esprime invece mancanza di emozioni e stati d'animo, e definiscono la vicenda come il “decorrere della patologia”, senza lasciarsi coinvolgere da questa.

Dall'analisi del vissuto emozionale dell'infermiere emerge che, la presenza di un protocollo di gestione all'autolesionismo, che identifichi la sequenza di azioni da realizzare in seguito all'agito, limita l'insorgere di emozioni particolarmente intense, in quanto il soggetto è chiamato a realizzare una gamma di interventi ben delineati, che lo impegnano mentalmente e lo aiutano nella corretta gestione dell'accaduto.

La gestione del comportamento autolesionista determina solitamente un'*alterazione dell'approccio infermieristico* verso questi pazienti, in termini di maggiore sorveglianza e attenzione che viene esplicitata, in via preventiva, da parte del 65% del campione intervistato. Nonostante questa strategia sia usata da parte del campione di entrambe due le realtà operative, si evidenzia, che in una di queste, la supervisione al paziente sia ridotta, poiché l'assistenza è basata su un rapporto fiduciario, regolamentato anche da un contratto terapeutico, in cui il soggetto si impegna a discriminare tali comportamenti.

Secondo studi recenti, persone che mettono in atto condotte autolesionistiche mostrano una marcata difficoltà nella regolazione e nella sperimentazione delle emozioni positive e negative (Morris, Simpson, Sampson & Beesley, 2014), perciò il 50% del personale infermieristico favorisce, infatti, la comunicazione con l'utente, in comune accordo con il 20% degli infermieri, che avvantaggia l'utilizzo di strategie mirate per una corretta gestione delle emozioni, definite spesso come causa dell'agito.

La gestione delle emozioni è resa possibile presso la Riabilitazione Nutrizionale di Garda per mezzo di uno strumento di automonitoraggio delle emozioni, utilizzato direttamente dal paziente, durante o in seguito ad una pulsione.

Questo sarà compilato descrivendo e analizzando l'episodio, con lo scopo di attenuare l'agito di qualsivoglia natura e definire le strategie più adattate per una gestione futura.

Come evidenziato dalla letteratura e dallo studio di Mendes, 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, poiché sono criticate se attuate con eccesso, in quanto contrastanti con il sentimento di fiducia su cui dovrebbe basarsi la relazione terapeutica. Dalle interviste effettuate emerge che il 25% degli infermieri evita, infatti, di esprimere dei giudizi, o essenzialmente di lasciarli trasparire, di fronte all'autolesionista, mentre n.3 di questi evitano di opprimere il paziente, poiché tale strategia potrebbe per lo più richiamare l'agito alla mente dell'utente e determinarne l'avvento.

Così come affermato da Hawton, Saunders e O'Connor, la strategia principale che il 20% degli infermieri attua, si basa sulla creazione, nella comunità, della consapevolezza sul problema e contemporaneamente sulla stimolazione degli adolescenti alla richiesta d'aiuto, come affermato dal 20% del campione. Dalle interviste emerge, infatti, che qualche infermiere utilizza l'empatia, l'accettazione incondizionata e la vicinanza all'assistito come strategia di gestione all'agito lesivo.

Tra le strategie esplicitate dagli intervistati, si evidenzia inoltre la dimostrazione di affetto all'utente (15%), l'incentivare un rapporto basato sulla fiducia reciproca (15%), favorire il lavoro d'equipe (10%), e un controllo fisico quotidiano per valutare la presenza o meno di tali comportamenti (5%).



Il 15% degli infermieri hanno affermato come strategia principale quella di evitare di richiamare le attenzioni sul paziente autolesionista, in quanto ciò può essere controproducente.

*“Io evito di puntare i riflettori su di loro, evito di metterli sul palco scenico, perché ciò peggiorerebbe solo le cose. Loro fanno questo per porsi al centro dell’attenzione e, aumentando la sorveglianza, rischi di fare il loro gioco... In questo modo rischi anche di richiamare l’attenzione del resto della comunità sull’argomento. Le pazienti con disturbi alimentari e in generale le pazienti adolescenti, tendono per imitazione a ripetere le azioni che compie il gruppo.”* (Intervista 18)

Dalle interviste realizzare emerge un rilevante 15% del campione, che esprime indifferenza di fronte all’accaduto, al contrario di n. 3 infermieri che non modificano il proprio approccio infermieristico in seguito all’assistenza a un comportamento autolesionistico.

Il 10% degli infermieri evidenzia l’importanza di un controllo mirato dell’ambiente in cui è erogata l’assistenza infermieristica, al fine che questo risulti privo di oggetti che potrebbero essere utilizzati a scopo autolesionistico o a scopo suicidario, confermando quanto detto da Hawton, Saunders e O’Connor.

Favorito è anche il monitoraggio dei fattori di rischio che dovrebbero essere periodicamente rilevati attraverso test di screening con scopo di intercettare, il più precocemente possibile, la comparsa del comportamento autolesionistico; tra questi un ruolo importante è rivestito dagli sbalzi d’umore, segno evidente di un’imminente crisi, come espresso nello studio condotto da Morris, Simpson, Sampson e Beesley.

Come si può evidenziare dall’analisi delle interviste, le esperienze di assistenza a un agito così rilevante condizionano frequentemente il *futuro trattamento a pazienti con storia pregressa di autolesionismo*. I principali condizionamenti in tale ambito, rilevati dall’analisi delle interviste, sono sovrapponibili ai dati raccolti nella domanda precedente. A questi si aggiungono la possibilità di migliorare l’inserimento in comunità (15%), il provare ad immedesimarsi nell’utente (15%), e il favorire l’impegno concreto durante la giornata per evitare che la mente possa avere il tempo di concentrarsi su altre tematiche (10%).

Risulta molto interessante analizzare, invece, come quest'esperienza possa aver inciso sulla *vita privata* dell'operatore sanitario; dall'analisi delle interviste si evince un forte impatto di questa. È evidente come l'infermiere una volta concluso l'avvenimento, non riesca a superarlo facilmente, trovandosi spesso a ripensare a ciò, come il 45% del campione afferma. Tra le ripercussioni principali espletate dagli infermieri, troviamo l'insorgere di sensi di colpa (40%), ripercussioni e riversamenti della problematica in ambito familiare (20%), la messa in discussione della propria professionalità (15%) e la gestione errata delle emozioni nella quotidianità (5%).

L'assenza di ripercussioni è affermata dal 30% del campione intervistato, mentre qualche infermiere (10%) utilizza l'accaduto come insegnamento e crescita per il futuro.

Rilevante è ciò che viene affermato dal 25% degli intervistati, i quali correlano le ricadute sulla propria vita personale a una mancanza di rielaborazione e supporto psicologico, che nella maggior parte delle realtà sanitarie è del tutto assente.

*“Inoltre molto spesso non vengono forniti al professionista i supporti adeguati per poter esprimere quello che è stato il suo vissuto.*

*...nessuno mi ha mai chiesto se, io professionista, ho superato quell'esperienza traumatica. Questa è secondo me la pecca di tutta l'organizzazione sanitaria. Ti manca la valvola di sfogo che ti permetta di esternare le emozioni provate e che ti permetta di metabolizzare e superare quell'esperienza. Non c'è nessuno cui poter chiedere aiuto.”*

(Intervista 6)

Come afferma il National Institute for Clinical Excellence, il professionista sanitario che supporta e assiste pazienti che attuano autolesionismo, ha bisogno di un supporto emotivo efficiente e una regolare supervisione clinica (Mendes, 2015).

L'infermiere, dalle interviste effettuate, risulta disponibile ad affidare i propri vissuti a un esperto, ma è l'organizzazione sanitaria che non offre la possibilità; le procedure formali del lavoro, specie infermieristiche, non sembrano previste per accogliere il vissuto emozionale del personale.

Manca dunque una “casa” per i pensieri e le parole del disagio lavorativo, che spesso gli infermieri cercano di ritagliarsi in autonomia, come affermato in alcune interviste, ma risultante poco efficace e non adeguato alle problematiche in rilievo. Il tutto è così svalutato, come le emozioni e i pensieri che a loro sono stati affidati.



## **CAPITOLO VI – CONCLUSIONE**

### **6.1 Limiti dello studio**

La ricerca condotta permette di identificare e delineare i vissuti solo degli infermieri inclusi nello studio e in organico presso il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso, “La casa delle farfalle”, di Portogruaro e presso la Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura “Villa Garda”; per tanto non risulta essere generalizzabile all’intera Azienda e all’esperienza di molti altri infermieri operanti nelle realtà italiane, dove si fornisce assistenza ai pazienti con tale problematica alimentare.

Per una visione più globale del fenomeno, è consigliabile la replicazione dello stesso studio con un campione più ampio, coinvolgendo altre realtà operative per permettere un consistente confronto di elementi, e in maniera tale da superare il limite di ricerca dovuto ad un campione circoscritto.

Altro elemento evidenziabile come limite è la mancata verifica della chiarezza e dell’accuratezza delle domande dell’intervista realizzata dalla scrivente, non avendo utilizzato un campione pilota per verificare la compressione univoca della stessa.

Si può sospettare, quindi, che i limiti citati possano in qualche modo aver influenzato i risultati ottenuti.

### **6.2 Indicazioni per la pratica**

Tramite questo studio si è cercato di evidenziare le dinamiche più implicite che entrano in gioco di fronte ad un agito autolesionistico, con lo scopo di rilevarle e poterle gestire in modo appropriato. I risultati ottenuti possono essere, dunque, un rilevante contributo per la conoscenza infermieristica, ai fini di creare o migliorare, dove già esistenti, i protocolli sulla gestione dell’autolesionismo in pazienti con disturbo del comportamento alimentare, al fine di ridurre il carico emozionale sull’operatore sanitario.

Ciò che si vuole sottolineare, con la medesima ricerca, è che gli infermieri hanno bisogno, durante la pratica clinica, di supporto da parte dell’ambiente in cui lavorano e da parte del team multidisciplinare, ma l’organizzazione sanitaria spesso non ne offre la possibilità e le procedure formali del lavoro non sembrano previste per accogliere il vissuto emozionale del personale. I dati raccolti evidenziano l’importanza del vissuto esperienziale dell’infermiere e le ripercussioni che questo può determinare in lui, mostrando così l’importanza che possa assumere uno spazio adatto a discutere i bisogni dei pazienti e le preoccupazioni correlate alle decisioni intraprese.

### **6.3 Conclusioni**

Nell'introduzione di quest'elaborato si è evidenziato come la pulsione autolesionistica e i disturbi del comportamento alimentare siano oggi correlabili, e come studi qualitativi in merito alla gestione di tale agito, da parte del personale infermieristico, siano molto limitati e frammentari; perciò con il medesimo studio si è cercato di rilevare il vissuto esperienziale dell'operatore sanitario dinanzi questa vicenda, analizzando le strategie e le azioni che scaturiscono nell'immediatezza e successivamente, nella gestione del paziente, e le ricadute che queste vicende determinano sulla vita personale dell'operatore.

L'infermiere gioca un ruolo da protagonista nella gestione e prevenzione degli agiti lesivi nella persona con disturbo alimentare, in quanto è la principale figura che assiste la persona che ne è affetta; spesso però il professionista sanitario si trova a gestire situazioni molto più grandi di sé, cui non è preparato.

Dai risultati dello studio emerge, infatti, che l'assistenza al paziente autolesionista è un processo complesso, cui gli infermieri sono chiamati a intervenire spesso in mancanza delle conoscenze e del supporto adeguato, come emerge anche dalle interviste.

L'autolesionismo è un episodio che segna profondamente l'operatore e che determina la genesi di una serie di emozioni, spesso appartenenti alla sfera dei sentimenti negativi, che possono influenzare l'erogazione dell'assistenza a quest'utenza. Le conseguenze dell'accaduto, determinano nell'operatore il dovere di intervenire e di utilizzare tutte le strategie necessarie, in via preventiva, per evitare il riproporsi della situazione. Questa spesso però riaccade, ed è vissuta dall'infermiere come una sconfitta personale e professionale, non facilmente superabile. Le sollecitazioni che ne seguono determinano nell'infermiere l'insorgenza di stati emotivi, responsabili della diminuzione o addirittura della perdita di un equilibrio interiore, indispensabile nella performance lavorativa così come nella vita privata.

Ciò ci permette di affermare che il professionista sanitario, in tale circostanza come in qualsiasi altra, ha bisogno di un supporto emotivo efficiente e una regolare supervisione clinica, che faccia in modo che l'impatto emotivo che ne segue possa essere compreso e superato, e non vada a intaccare l'erogazione dell'assistenza stessa.

## BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (pp.329-354). USA. APA.

Barbieri, C. Tronchin, M. (2010). Disturbi del comportamento alimentare e matrimonio canonico (pp. 85-91). Roma. Gregorian & Biblical Press.

Brodtkorb, K. (2001). Nursing and self-mutilation. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 21(2), 11-5.

Dalle Grave, R. (2005). Alle mie pazienti dico ... Informazione e auto-aiuto per superare i disturbi dell'alimentazione (pp. 19-27) .Verona. Positiv Press.

Dalle Grave, R. (2009). Il trattamento dei disturbi dell'alimentazione a Villa Garda (pp.15-54). Verona. Positiv Press.

Elisei, S. Moretti, P. Firenze, C. (2009). Manuale di psichiatria (pp. 207-213). Perugia. Morlacchi Editore.

Favazza, A.R. (1998). The coming of age of self mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259-268.

Gordon, R. A. (2004). Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale (pp. 15-57). Milano. Raffaello Cortina Editore.

Hawton, K., Saunders, K.E. & O'Connor, R., (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(23), 2373-238.

Herpertz, S. (1995). Self-injurious behavior: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 57-68.

Law, G.U., Rostill-Brookes, H. & Goodman, D. (2009). Public stigma in health and non-healthcare students: attributions, emotions and willingness to help with adolescent self-harm. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 108-119.

Marchioro, G. (2012). Percorsi psicosomatici; itinerari linguistic tra mente e corpo (pp. 117-159). Padova. Webster S.r.l..

Mendes, A. (2015). Being equipped to care for patients at risk of self-harm and suicide. *British Journal of Nursing*, 25(15), 787-787.

Morris, C., Simpson, J., Sampson, M. & Beesley, F. (2014). Cultivating positive emotions: a useful adjunct when working with people who self-harm?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(4), 352-362.

Pani, R. & Ferrarese, R. (2007). Il sé insipido negli adolescenti. Compulsioni autolesionistiche, suicidarie, sessuali, disturbi alimentari, abusi, piromania, spray murali (pp. 193). Bologna. Clueb.

Pani, R. & Di Paola, R. (2013). Senso di vuoto e bisogno di annullarsi. Adolescenti e giovani adulti a rischio di suicidio (pp. 43-47). Bologna. Cooperativa libraria universitaria editrice bologna.

Rose, P., Beeby, J. & Parker, D. (1995). Academic in the lived experience of researchers using phenomenological methods in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1123-1129.

Ruocco, R. & Alleri, P. (2006). Il “peso” del corpo: conoscere, affrontare e vincere i disturbi dell'alimentazione (pp. 31-35) . Milano. Franco Angeli s.r.l..

Stein, D., Lilienfeld, L. R., Wildmann, P. C. & Mancus, M. D. (2004). Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 447-451.

Streubert, H. & Carpenter, D. (2005). La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico (pp. 52-72). Edizione italiana a cura di M. Matarese. Idelson - Gnocchi.

## **SITOGRAFIA**

Epicentro: Istituto Superiore di Sanità. Reperito il 18 Agosto 2015 all'indirizzo web:  
<http://www.epicentro.iss.it/problemi/anoressia/epid.asp>



# **ALLEGATI**

## **ALLEGATO N° 1**

### **Scheda ANAGRAFICA – PROFESSIONALE**



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA**

*Università degli Studi di Padova*

*Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Corso di Laurea in Infermieristica*

*Sede di Portogruaro*

Studente: Zagarrìo Dafne Maria Egle  
Matricola: 1047939

### **TESI**

**“L’autolesionismo nel Disturbo del Comportamento Alimentare: il vissuto degli infermieri.”**

### **Scheda Anagrafica - Professionale**

**Data:** \_\_\_\_\_

**Presidio ospedaliero :** \_\_\_\_\_ **Unità operativa:** \_\_\_\_\_

**Sesso:**  F  M

**Età:**  20 -30 anni  31- 40 anni  41- 50 anni  >50 anni

**Tipologia di formazione professionale:**  Diploma di Infermiere professionale  
 Laurea in Infermieristica  
 Diploma di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche  
 Master in \_\_\_\_\_  
 Altro

**Anni di percorso lavorativo come infermiere:**

≤1 anno  1-5 anni  6-10 anni  10-15 anni  >15 anni

**Anni di lavoro nella realtà dei DCA:**

≤1 anno  1-5 anni  6-10 anni  10-15 anni  >15 anni

**Realtà operative in cui si è prestato precedentemente lavoro:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **ALLEGATO N° 2**

### **Schema dell'INTERVISTA SEMI - STRUTTURATA**



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA**

*Università degli Studi di Padova*

*Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Corso di Laurea in Infermieristica*

*Sede di Portogruaro*

Studente: Zagarrìo Dafne Maria Egle  
Matricola: 1047939

### **TESI**

**“L’autolesionismo nel Disturbo del Comportamento Alimentare: il vissuto degli infermieri.”**

#### **Intervista Semi - Strutturata**

Ricerca qualitativa

1. Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza ad un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?
2. Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare l'assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi di autolesionismo a cui ha assistito?
3. I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?
4. Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

*Anno Accademico 2014/2015*

## ALLEGATO N° 3

Copia dell'AUTORIZZAZIONE all'utilizzo dello STRUMENTO d'INDAGINE



REGIONE DEL VENETO  
AZIENDA UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 10  
"VENETO ORIENTALE"

Sede Direzionale:  
Piazza De Gasperi, n.5 - 30027 San Donà di Piave (VE) Codice Fiscale e Partita I.V.A.: 02799490277

Data, 12.06.2015

Prot. 37718

All.: 1

**OGGETTO: Richiesta autorizzazione indagine tesi studenti.**

Alla dr.ssa Elsa Labelli  
direttore didattico  
Corso di Laurea in Infermieristica  
Via Seminario, n.35  
30026 PORTOGRUARO

Con riferimento alle richieste da parte degli studenti del CLI, di cui all'allegato elenco, finalizzate alla somministrazione dei questionari per la compilazione della tesi di Laurea in Infermieristica, rilevato che per le predette richieste vi sono già i pareri favorevoli dei direttori delle UU.OO. e strutture interessate, si autorizza alla raccolta dati e si chiede alla S.V. di darne comunicazione agli interessati.

Con l'occasione si porgono cordiali saluti.

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Bramezza

Direzione Sanitaria  
**Unità Operativa Professioni Sanitarie**  
Dirigente: Dott. Mauro Filippi  
Referente istruttoria: Sonia Chinellato

e-mail: [smf.dr@ulss10.veneto.it](mailto:smf.dr@ulss10.veneto.it)  
Tel. 0421 226155  
Fax 0421 226156

[www.ulss10.veneto.it](http://www.ulss10.veneto.it)

## ALLEGATO N° 4

Copia dell'AUTORIZZAZIONE all'utilizzo dello STRUMENTO d'INDAGINE



CASA DI CURA  
PRIVATA

VILLA GARDA



Sig./Sig.ra

DAFNE MARIA ECLE ZASARRO

Oggetto: Sua richiesta tirocinio.

Con riferimento alla richiesta avanzata, confermiamo la Ns. disponibilità per un periodo di Tirocinio a partire dal 13/07/2015 al 30/09/2015.

Il Suo Tutor in azienda sarà il ~~Dott.~~ CAPOSALA ADALCITA ZANETTI

La preghiamo di consegnarci eventuali attestati conseguiti, relativi a corsi effettuati riguardanti il Dlgs 81 (sicurezza e salute sul lavoro).

Cordiali saluti

Garda, 29/05/2015

CASA DI CURA VILLA GARDA SPA

Il Procuratore  
(Rossana Ceschi)



CASA DI CURA PRIVATA "VILLA GARDA" S.p.a. - Via Monte Baldo, 89 - 37016 GARDA (VR)  
Tel. 045. 62 08 611 - Fax 045. 72 56 132 - www.villagarda.it - e-mail: info@villagarda.it  
C.F. e P.I.V.A. 07101701006 - Registro Imprese di Verona n. 07101701006 - Capitale Sociale 1.000.000,00 i.v.

## ALLEGATO N° 5

### **Modulo CONSENSO INFORMATO per gli infermieri dell'AULSS 10 " Veneto Orientale"**



*Università degli Studi di Padova*

*Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Corso di Laurea in Infermieristica*

*Sede di Portogruaro*

#### ***Consenso Informato***

L'AULSS n. 10 "Veneto Orientale" di San Donà di Piave ha autorizzato Zagarrìo Dafne Maria Egle, in qualità di studente del Corso di Laurea in Infermieristica (C.L.I.) dell'Università degli Studi di Padova, sede di Portogruaro, in collaborazione con il personale infermieristico a condurre lo studio "***L'autolesionismo nel DCA: il vissuto degli infermieri.***", che ha la finalità di studiare le emozioni e i vissuti dell'infermiere che attua assistenza ad un paziente con DCA e con comportamento autolesionistico. Al fine di realizzare lo studio sarebbe necessaria la sua gentile collaborazione, per dare un contributo all'infermieristica nel comprendere il rapporto assistenziale tra infermiere e questa tipologia di profilo paziente.

La partecipazione a questo studio è del tutto volontaria. Lei può rifiutare o ritirarsi in qualsiasi momento. Legga/ascolti con attenzione questo documento e non esiti a chiedere chiarimenti prima di firmare.

Se Lei accetta di partecipare, le sarà richiesto anche di compilare una scheda anagrafica-professionale anonima e affrontare un'intervista semi-strutturata di quattro domande aperte.

Non ci saranno guadagni diretti né per Lei, né per gli operatori coinvolti, ma la Sua partecipazione e quella di altri infermieri è molto importante per far progredire le conoscenze scientifiche inerenti l'assistenza infermieristica.

Le informazioni raccolte saranno strettamente confidenziali e trattate dalla studente del C.L.I. (Zagarrìo Dafne Maria Egle) ai sensi della normativa vigente, in modo anonimo.

---

Acconsento di partecipare allo studio avendo compreso tutte le spiegazioni sullo studio in corso, avendo avuto l'opportunità di discuterle e chiedere spiegazioni. Accettando di partecipare, non rinuncio ai diritti che riguardano il trattamento dei miei dati personali.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma dell'infermiere

\_\_\_\_\_  
Firma della studente

---

*La ringrazio per aver collaborato a questo importante progetto di ricerca. Nel caso in cui Lei avesse bisogno di ulteriori chiarimenti, potrà rivolgersi al Corso di Laurea in Infermieristica, dell'Università degli Studi di Padova, sede di Portogruaro, telefonando al numero 0421/71018 – fax 0421/280961 e chiedendo di Zagarrìo Dafne Maria Egle .*

## ALLEGATO N° 6

### Modulo CONSENSO INFORMATO per gli infermieri della Casa di Cura “Villa Garda”



*Università degli Studi di Padova*

*Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Corso di Laurea in Infermieristica*

*Sede di Portogruaro*

#### **Consenso Informato**

La Casa di Cura Villa Garda ha autorizzato Zagarrìo Dafne Maria Egle, in qualità di studente del Corso di Laurea in Infermieristica (C.L.I.) dell'Università degli Studi di Padova, sede di Portogruaro, in collaborazione con il personale infermieristico a condurre lo studio **“L’autolesionismo nel DCA: il vissuto degli infermieri.”**, che ha la finalità di studiare le emozioni e i vissuti dell’infermiere che attua assistenza ad un paziente con DCA e con comportamento autolesionistico. Al fine di realizzare lo studio sarebbe necessaria la sua gentile collaborazione, per dare un contributo all’ infermieristica nel comprendere il rapporto assistenziale tra infermiere e questa tipologia di profilo paziente.

La partecipazione a questo studio è del tutto volontaria. Lei può rifiutare o ritirarsi in qualsiasi momento. Legga/ascolti con attenzione questo documento e non esiti a chiedere chiarimenti prima di firmare.

Se Lei accetta di partecipare, le sarà richiesto anche di compilare una scheda anagrafica-professionale anonima e affrontare un’intervista semi-strutturata di quattro domande aperte.

Non ci saranno guadagni diretti né per Lei, né per gli operatori coinvolti, ma la Sua partecipazione e quella di altri infermieri è molto importante per far progredire le conoscenze scientifiche inerenti l’assistenza infermieristica.

Le informazioni raccolte saranno strettamente confidenziali e trattate dalla studente del C.L.I. (Zagarrìo Dafne Maria Egle) ai sensi della normativa vigente, in modo anonimo.

---

Acconsento di partecipare allo studio avendo compreso tutte le spiegazioni sullo studio in corso, avendo avuto l’opportunità di discuterle e chiedere spiegazioni. Accettando di partecipare, non rinuncio ai diritti che riguardano il trattamento dei miei dati personali.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma dell’infermiere

\_\_\_\_\_  
Firma della studente

---

*La ringrazio per aver collaborato a questo importante progetto di ricerca. Nel caso in cui Lei avesse bisogno di ulteriori chiarimenti, potrà rivolgersi al Corso di Laurea in Infermieristica, dell’Università degli Studi di Padova, sede di Portogruaro, telefonando al numero 0421/71018 – fax 0421/280961 e chiedendo di Zagarrìo Dafne Maria Egle .*

## ALLEGATO N° 7

### Trascrizione delle INTERVISTE proposte ai venti infermieri

#### *INTERVISTA N°1*

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Sicuramente provo delle impressioni negative che però cambiano ogni volta che assisto a un episodio di autolesionismo. Inizialmente intervengo senza soffermarsi sulle mie emozioni o stati d'animo, è come se non provassi niente; il mio scopo è solo quello di liberare la persona dall'oggetto con cui si sta facendo del male e poi aiutarla a riprendersi e farla ragionare. Successivamente mi sento a disagio perché non comprendo quell'atto e mi fa star male, e provo anche un po' di spavento nel momento in cui cerco di capire le dinamiche che hanno portato il soggetto all'atto di autolesionismo. Sono sicuramente esperienze traumatiche, soprattutto quando assisti a queste le prime volte, non credi ai tuoi occhi. Non avrei mai creduto che delle ragazzine/i così giovani potessero arrivare a tanto. Anche se conosci la patologia e le sue caratteristiche, una cosa a leggerle sui libri, diverso è assistere a questi episodi in prima persona. Il mio compito è però quello di aiutarle e questo non lo dimentico mai, quindi cerco di reagire senza farmi sovrastare dai sentimenti.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** Dopo quest'esperienza l'approccio con questi pazienti cambia sicuramente. Avendo assistito personalmente, o dopo che tuoi colleghi ti riferiscono un atto di autolesionismo da parte di un utente, cerchi sempre di stare più attento, maggiormente allerta e cerchi di controllare di più perché, giustamente, sai che queste persone potrebbero ricompiere l'atto già fatto. È una conseguenza che si applica involontariamente. Cerco di dargli maggiore spazio per la comunicazione e di osservarle di più perché anche un semplice cambiamento dell'umore deve allertarmi e farmi valutare l'idea di poter intervenire. Con questi utenti punto anche molto sulla creazione di un rapporto di comunicazione efficace e di fiducia, che gli permetta di aprirsi ed essere in grado di capire che quando hanno bisogno di aiuto possono contare su di me. Spesso però, pur definendo loro stessi autentico il nostro rapporto, non riescono a chiedere aiuto perché ciò comporterebbe la repulsione del bisogno di ledersi e quindi li farebbe stare ancor più male.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** Certo. L'approccio è lo stesso che metti in atto con un paziente che si è già autoleso ovvero, come ti dicevo prima, aumenti la sorveglianza cercando di essere più vigile. Cerco anche sempre di studiare l'accertamento anamnestico e le consegne sul paziente durante il periodo dell'attuazione degli atti autolesionistici, con lo scopo di poter accorgermi prima, della comparsa di eventuali caratteristiche, atteggiamenti o modi di fare che possano sovrapporsi a



quelli tipici di allora. Punto tutto sulla sorveglianza e osservazione attiva e attenta, quella spesso ti aiuta molto.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Queste esperienze lavorative purtroppo, anche se non vuoi, te le porti a casa e non le lasci mica qui dentro quando varchi il cancello d'uscita. Quando sono sola a casa spesso mi capita di ripensare a vicende che mi hanno segnato la giornata, spesso è appunto l'autolesionismo. Anche se non sono tuoi parenti, tuoi amici, ti rimangono dentro. Mi domando come mi comporterei e cosa farei se avessi una figlia/o così e naturalmente, in modo involontario, ciò si ripercuote sulla mia vita personale. Anch'io ho dei figli e sono spaventata che anche loro possano cadere in questa patologia, principalmente perché ne conosco l'esistenza poiché lavoro qui da molti anni. Spesso li controllo, controllo cosa mangiano, cosa fanno dopo aver mangiato, magari anche senza farmi notare perché non mi comprenderebbero.

## ***INTERVISTA N°2***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** A primo impatto mi chiedevo per quale motivo facessero questo, quindi sentivo curiosità, desiderio di comprendere quale fosse la ragione che faceva scaturire questi comportamenti. Loro non sanno darti un motivo specifico, dicono che sentono questo forte desiderio di farsi male e che ciò le fa star bene, le rende contente. È come se dovessero spiare una colpa, si ledono e una volta compiuto l'atto stanno bene perché sentono di essere state perdonate. Questo è solitamente il motivo che le spinge a farsi male e ciò mi scaturisce dentro incomprensione. Spesso mi raccontavano addirittura di progettare in anticipo il momento in cui ledersi, ad esempio sotto la doccia e nei momenti di privacy in cui avevano meno occhi puntati addosso. Provavo compassione verso di loro ma anche tanta rabbia poiché non capivo, e non capisco tuttora, come dopo essersi fatte male, si riesca a non chiedere aiuto. Spesso si medicavano in autonomia con fazzoletti di carta o carta igienica i tagli profondi che si erano causati. Mi innervosivo tanto con loro, le sgridavo perché volevo che capissero che non era giusto farsi quello che si facevano. Ma loro ti fissavano e non capivano e allora lasciavi anche perdere. Mi innervosivo soprattutto quando succedeva nuovamente che la stessa ragazza compisse un nuovo atto lesivo su se stessa, perché le spiegavo che quando ci si sente in difficoltà bisogna chiedere aiuto prima di dar vita all'agito.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** L'approccio quotidiano agli utenti che hanno avuto agiti di autolesionismo cambia sicuramente, in altre parole si avrà un occhio di riguardo verso di loro, si starà più attenti e gli si starà più dietro. Quando sono in turno con utenti che hanno già tentato di ledersi o si sono lesi in passato, trovo ventimila scuse per controllarli, senza dire esplicitamente che voglio

vedere se si sono fatti male, ma magari ne approfitto con scuse come l'esecuzione dell'elettrocardiogramma, o la misurazione della pressione arteriosa o il monitoraggio della comparsa di edemi declivi per controllare l'integrità del loro corpo; ponendo però attenzione a non assillarli poiché ciò potrebbe solo peggiorare le cose. Favorendo il monitoraggio cerco di porre maggiore attenzione agli eventuali comportamenti recidivanti.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** Innanzitutto li informo che sono a conoscenza dei loro agiti pregressi di autolesionismo, che nel momento in cui dovesse insorgere un bisogno di tale natura possono fare affidamento a noi senza problemi e che inoltre saranno maggiormente controllati con lo scopo di evitare tali circostanze. Gli atti lesivi sono spesso correlati a momenti di crisi in cui i pazienti perdono il controllo in seguito all'insorgere di una situazione stressante, che va ad alterare i loro equilibri mentali; quindi se sono a conoscenza di particolari eventi o persone che possono destabilizzare il paziente evito che queste possano incidere, allontanandole. Per esempio ricordo di una ragazza che si autolesionava ogni qual volta doveva vedere i genitori, soprattutto a ridosso del fine settimana in concomitanza con l'arrivo delle visite esterne o in seguito agli incontri con i terapeuti. Lei non riusciva a gestire l'ansia e perciò andava in crisi e si ledeva con qualsiasi cosa trovasse in giro, soprattutto con le graffette ferma fogli, a livello degli arti superiori. In tal caso sono intervenuta, dopo il colloquio con la ragazza e l'equipe intera, facendo sospendere le visite con i genitori ed evitando di informarla prima degli incontri con i terapeuti, in modo tale da evitare alterazioni dell'equilibrio psicofisico.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Nessuna perché è una tematica che non ha nessun riscontro nella mia vita privata. Queste vicende cerco di lasciarle all'interno dell'ambito lavorativo e non farle interferire con la mia vita personale, anche se, spesso, in molte pazienti è come se rivedessi mia figlia. Lei è un po' in carne e quindi quando mi riferisce che a scuola la prendono in giro o suo padre le dice di trattenersi nel consumo di carboidrati mi si accende la lampadina, e quindi dico " non vorrei mai che...".

### ***INTERVISTA N°3***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Nell'istante immediatamente dopo l'accaduto non riesco bene a dirti cosa provo dentro, non riuscirei a descriverlo a parole, sento un insieme di emozioni anche contrastanti tra loro. Provo tanta incomprensione perché non riesco a capire il motivo per cui ci si debba fare del male fisicamente, considerando che queste ragazze/i vivono già delle situazioni molto tragiche e sconcertanti alle volte. Mi sento anche disarmata se così si può dire, non so come potrei agire e come potrei intervenire al meglio per poter, in qualche modo, modificare i

loro pensieri distorti; questo è determinato prevalentemente dal fatto che non abbiamo una preparazione adeguata per fronteggiare e intervenire in tragedie così assurde e molto grandi da affrontare anche per noi personale di supporto. Dopo molti anni di lavoro in questo settore però le cose cambiano un po', si ha quasi un'accettazione di questi agiti, perché sai che loro li hanno e che tu non riuscirai mai a controllarli.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** Sicuramente sì, il mio approccio è cambiato in termini di assistenza a questi pazienti nella quotidianità. Bisogna metterci più attenzione e bisogna aumentare il grado di sorveglianza. Naturalmente l'accaduto è analizzato in equipe e si stabiliscono, in comune accordo con terapeuti e psichiatri, le modalità di gestione e le strategie da attuare per specifici pazienti con queste problematiche. In questo caso cerchi di attenerli il più possibile alle direttive stabilite. Ciò spesso non serve a molto, perché anche se il controllo è massimo, se hanno progettato di ledersi in qualche modo ci riescono, anche perché non puoi controllarle continuamente. Ci sono dei periodi in cui siamo sommersi da ragazzine che si tagliano e si fanno male, questo perché gli utenti tentano molto a imitare i comportamenti o i gesti fatti all'interno della comunità. Quando accadono questi episodi nel mio turno, una cosa che cerco sempre di evitare è di creare allarmismo, di far cadere l'attenzione di tutte le altre ragazze sull'avvenimento, perché questo potrebbe comportare, come spesso accade, che si verificano nella stessa giornata altri eventi simili.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** Certo, se sei informata preventivamente all'ingresso dell'utente dei suoi precedenti comportamenti autolesionistici, in qualche modo, sei già preparata e quindi l'atteggiamento e l'attenzione che riservi a quel paziente sarà diversa rispetto all'attenzione che darai a un paziente con un semplice problema alimentare. Si cerca di supervisionare maggiormente e di controllare gli effetti personali con cui entra in comunità, poiché mi è successo una volta di una ragazzina che proprio durante il trasferimento dalla degenza alla comunità si fosse impadronita volontariamente di un legnetto raccolto probabilmente per terra e con questo si fosse procurata dei tagli a livello addominale. Si avrà inoltre più controllo dell'ambiente e degli oggetti presenti in questo. Ad esempio qui spesso facciamo bricolage e le utenti, supervisionate, vengono fornite di forbici per ritagliare. Se in quelle giornate vi sono degli utenti che hanno già tentato di ledersi in passato, eviterò di proporre quell'attività ma la sostituirò con un'altra. Bisogna farsi tante domande e cercare di pensare con la loro testa, questo ti può aiutare nel prendere decisioni, apparentemente banali, che però sono fondamentali con questa tipologia d'utenza.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Questo contesto lavorativo nella sua globalità e queste esperienze di cui

abbiamo parlato ti rimangono per tutta la vita. Sono spesso oggetto dei tuoi pensieri a casa, in macchina, al supermercato e basta un niente per rievocarle. Le ricadute che hanno prodotto nella mia vita personale sono determinate dal fatto che, anche sapendo di aver fatto tutto il possibile, ti chiedi sempre se avessi potuto fare di più, se avessi potuto dire qualcosa che magari avrebbe bloccato quel gesto e ti chiedi perché sia successo proprio nel tuo turno. Se hai sbagliato qualcosa rispetto alle altre tue colleghe. Ti senti in colpa in un certo senso; rimugini a lungo su quello che è successo. È difficile elaborare l'accaduto, e non siamo aiutate in questo senso. Nessuno mai mi ha chiesto come mi sono sentita nel vivere quest'esperienza, se mi ha segnato, se l'ho superata. Sei la prima.

### ***INTERVISTA N°4***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** C'è un avvenimento specifico che riguarda il mondo dell'autolesionismo che mi è successo non molto tempo fa. Si è trattato di una ragazza con anoressia nervosa, da poco entrata nella nostra comunità, che già in passato aveva compiuto più di un atto autolesivo contro se stessa. Quel giorno, non so se intenzionalmente o perché la situazione le è sfuggita di mano (a suo dire), non si è fermata al semplice graffio sulle braccia ma ha tentato di ledersi le vene. Ci sono tanti sentimenti che entrano in gioco durante e dopo queste vicende, soprattutto quando ne sono protagoniste delle ragazze così giovani. All'inizio ovviamente c'è tanta adrenalina, questa ti porta a mettere in atto tutta una gamma d'interventi finalizzati a salvare la persona. Dopo, quando la situazione si è stabilizzata, c'è rabbia perché non ti spieghi il motivo per cui abbia fatto un gesto del genere. Ti senti in colpa. Ti fai mille domande: "Potevo essere lì cinque minuti prima? Perché non ho fatto un giro di sorveglianza?", ma sono tutte domande cui non riesci a dare una risposta. Dopo metabolizzi che non è colpa tua e che non puoi stare a incolparti ogni volta. Le cose vanno come devono andare, tu fai il tuo lavoro ma può succedere. E poi c'è lo sfogo, il mio per esempio è stato il pianto.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** Certamente, ho notato subito il cambiamento del mio comportamento dopo aver assistito a un solo episodio del genere. Adesso siamo abituati, anche se è brutto da dire, è l'approccio cambia involontariamente. Intanto cerchi di eliminare gli oggetti in comune che possono utilizzare per farsi del male. Cerchi di tenere controllati gli effetti personali come orecchini, bracciali o rasoi per la depilazione, che possono essere ritirati e usati solo con la presenza di un operatore e in momenti specifici della giornata. Si cerca di aumentare la sorveglianza, magari renderle partecipi ad attività strutturate per controllarle meglio durante il decorso del giorno, evitando di assediarle; perché un controllo troppo mirato ed esplicito, può anche accentuare il comportamento autolesivo. Cerco anche di fargli capire che io ci sono e sono pronta ad aiutarle quando hanno bisogno, basta chiedere ed io sono con loro a supportarle. Qualche volta, con scuse banali, chiedo loro aiuto. Questo ha lo scopo di dimostrargli che

anch'io, quando sono in difficoltà, tendo a chiedere aiuto. Utilizzo questa metodica per insegnargli che chiedere aiuto non è sinonimo di fragilità, anzi. Quando hanno l'impulso devono piuttosto contare su di me, che sono lì per loro, e non su una forbicina trovata per caso in giro.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** Nel momento in cui sai che l'utente che hai in cura ha già fatto atti dimostrativi di questo spessore è ovvio che stai più attento, allerta. Sono d'accordo nel trattenere qui pazienti che hanno sviluppato direttamente in comunità questo tipo di comportamento, ma pazienti esterni con questa tipologia di problematica non dovrebbero essere neanche ammessi, in quanto potrebbero andare ad alterare gli equilibri del gruppo. Io in modo principale do molta importanza all'anamnesi e le informazioni presenti in cartella clinica dell'utente, per comprendere le caratteristiche degli atti lesivi pregressi, le dinamiche in cui sono accaduti, il contesto e la situazione clinica presente. Questo mi può permettere di collocarli in specifici periodi del decorso clinico e aiutarmi nell'individuare, più facilmente, la possibilità che questi accadano nuovamente. Il comportamento autolesivo è correlato alla presenza di fattori di rischio come il difficile adattamento nella comunità, competizioni all'interno del gruppo, ecc. Cerco anche di valutare questi, un'innumerabile compresenza mi può allarmare e permettermi di stare più vigile.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** La principale ripercussione è che si ci pensa sempre. Quando ti guardi indietro e pensi al tuo lavoro, al tuo bagaglio di vita, allo zainetto che ti porti dietro le spalle, ci trovi dentro anche queste vicende, che hanno segnato la tua carriera e la tua vita. Ci sono degli avvenimenti specifici, come quello che ti raccontavo inizialmente, che ti riaffiorano alla mente sempre. Ti capita guardando una notizia al telegiornale o semplicemente pensando ha cosa hai fatto oggi, è ti ritorna tutta la scena dinanzi agli occhi, come se qualcuno l'avesse registrata per te. Non sono vicende archiviate, sono ancora presenti nella tua anima.

## ***INTERVISTA N°5***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Le emozioni che si provano di fronte ad un episodio di autolesionismo sono emozioni grandi. In seguito all'esecuzione di un atto del genere da parte di un utente sento dentro tanta rabbia e collera. Faccio fatica a non esternare questi sentimenti ma cerco di trattenerli dentro, poiché in tal caso andrei in conflitto con la persona. Noi non siamo lì per giudicare ma solo per aiutarle e supportarle. Sento anche tristezza nel vedere ragazze così giovani, con una vita davanti, che si riducono a questo. Ti senti disarmata di fronte a questi avvenimenti, perché vorresti aiutarle in qualche modo a far sì che ciò non possa più riaccadere, vorresti fare tanto ma loro riescono a raggirarti. Sai di non poter sempre essere presente, in

rapporto uno a uno, a vigilare su di loro. Io sono una, e ho quindici ragazze sotto la mia supervisione, non potrei mai controllarle tutte nello stesso istante; questo mi fa sentire impotente.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** Con questi pazienti c'è bisogno di maggiore attenzione. Cerco sempre di essere maggiormente presente, a tutti gli effetti. Sono pronta ad ascoltarle quando hanno bisogno di parlare, di sfogarsi e cerco di fargli capire che io ci sono sempre per loro, basta chiamare ed io mi libero di qualsiasi faccenda per ascoltarle. Attraverso studi personali ho imparato le nozioni sulla relazione d'aiuto. Questa mi ha facilitato molto perché mi permette di intervenire in tali vicende in modo più consapevole e maggiormente efficace. Una cosa che ho imparato è quella di evitare di giudicare questi atteggiamenti, in quanto ciò non aiuta sicuramente nel permettere a queste persone di aprirsi con te. Spesso capita che colleghi, anche in altri contesti, mi abbiano detto di essere in grado di non far trapelare il loro giudizio; ciò è impossibile poiché il non verbale è in grado di svelare a poco a poco quello che si pensa realmente. Io cerco sempre di liberarmi da ogni giudizio, e se ciò non è possibile subito, aspetto un attimo prima di entrare in scena. Questo mi aiuta anche a essere più aperta con loro, a volerle bene nonostante tutto e a dimostrarle affetto, perché è quello di cui hanno più bisogno.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** Diciamo di sì, poiché l'esperienza e l'aver vissuto più volte episodi di autolesionismo ti porta a modificare l'atteggiamento con tutti i pazienti presenti in questa realtà e prevalentemente con chi ha dei precedenti. Avendo vissuto delle vicende così sgradevoli e traumatiche, anche senza volerlo, si finisce per trattare tutti i pazienti come potenziali autolesionisti. Si pone quindi maggiormente attenzione ai loro comportamenti, alle dinamiche che si instaurano nel gruppo, ai rapporti interpersonali che si creano, al loro umore e al decorso clinico. Tutte queste piccolezze, se analizzate nel dettaglio, possono evidenziare l'insorgere di un momento di crisi per l'utente.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Le ricadute principali che si hanno sulla via personale sono determinate dal fatto che quando torni a casa continui a farti molte domande sull'accaduto. Ti porti a casa la vicenda perché ormai si è insediato dentro di te, a maggior ragione se non c'è nessuno che ti aiuta a metabolizzarla; finisce che questa sarà sempre pronta a riaffiorare alla mente. Finisci per sentirti in colpa, anche se in fondo sai che non è stata colpa tua. Mi sento in colpa perché in comunità ci sono tutte ragazzine minorenni, che i genitori ti affidano perché credono in te e nella tua professionalità. Anche se i genitori non te lo dicono, lasciano trapelare i loro sentimenti. Dopo un episodio del genere pensano che tu non sia riuscito a fare bene il tuo lavoro e che hai messo in pericolo la vita della loro figlia. I genitori di queste ragazze spesso, hanno già vissuto

questo dramma e stanno elaborando l'accaduto. Quando riaccade, loro tornano in dietro nell'elaborazione, stanno male nuovamente, e tendono a riversare le colpe doppiamente sul professionista.

### ***INTERVISTA N°6***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Io e un'altra collega ci siamo trovati a gestire un atto anti-conservativo molto grave, quasi paragonabile a un tentato suicidio. Le emozioni che ne sono scaturite sono definibili sicuramente in termini di rabbia, paura e difficoltà nel ristabilire gli equilibri. Ti parlo di rabbia perché non capisci quale sia il motivo così catastrofico che, a vent'anni, ti possa portare a realizzare un atto del genere. Ti trovi di fronte ragazze/i intelligentissime/i, che possiedono tutte le risorse e le capacità per poter realizzarsi e affrontare al meglio la propria vita. Provi incomprensione perché non accetti quello che vedi e quello che devi gestire. Senti un vuoto immenso dentro, incolmabile. Ti parlavo anche di paura perché, quando accadono queste vicende, hai sempre il terrore di non fare abbastanza, di non essere in grado di gestire la situazione e questo ti fa star male. La paura è accompagnata anche da tanta difficoltà nel attivare quei meccanismi di informazione, supporto e sostegno dei genitori. Provo anche tanta difficoltà nel gestire l'intera comunità dopo l'attuazione di questi atti conservativi poiché tendono a destabilizzare gli equilibri creati. Noi operiamo in una comunità, dove vi sono relazioni strette tra ogni membro del gruppo, e quindi quando uno di questo entra in crisi, ciò determina una crisi generale. Ogni singolo soggetto della comunità, in modo esplicito, prova paura perché si domanda se questo comportamento sia patologico e quindi accadrà anche a lui. Noi dobbiamo essere abili nel valutare e gestire anche queste dinamiche, che se non trattate adeguatamente possono ritorcersi contro.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** L'approccio nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità o nei successivi episodi anti-conservativi cambia perché devi cercare di dargli maggior spazio per esprimersi, devi stargli più vicino e non farli sentire soli. L'autolesionismo è un atto dimostrativo utilizzato dai pazienti per attirare la nostra attenzione su loro stessi, in quanto vogliono richiamarti a conoscenza che loro hanno bisogno e vogliono essere aiutati. Quando succede un fatto del genere, agli occhi dell'infermiere tutti gli altri utenti diventano potenzialmente autolesionisti. Anche se non hanno mai dato adito a comportamenti del genere, ai tuoi occhi, tutti potrebbero essere in grado di farsi del male in quel momento. Questo risveglia in te quell'istinto di super, mega, iper-vigilanza e questo ti porta a bloccarli in attività che magari il giorno prima venivano fatte normalmente, come l'uso delle forbici, uso del filo, l'uso dei coltelli ecc.... Questo causa una situazione di forte allerta che determina ansia. Saltano molti equilibri, anche tra colleghi, in quanto si è tutti più agitati e in fermento. L'approccio con questi utenti prevede anche l'affrontare il tema dell'autolesionismo e rivivere l'accaduto con lo scopo di aiutarli a metabolizzare ed elaborare la vicenda.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** Sì, certamente perché ti poni a loro come se sapessi che da un momento all'altro potrebbero esplicitare il loro male di vivere. Una delle cose importanti che noi cerchiamo di fare è quella di fare esternare le emozioni che la persona prova in quel momento. Spesso il solo fatto di parlarne aiuta a smorzare la pulsione che poi porterebbe all'atto anti-conservativo. Il trovarsi di fronte una persona che ti sta ascoltando, che è pronta a darti anche semplicemente il solo spazio per piangere, aiuta a superare la crisi. L'atto autolesionistico è una pulsione, così come la pulsione del vomito o l'iperattività. Il ruolo dell'infermiere in queste vicende è quello di maternage e quindi, quello di riuscire a contenere quelli che sono gli stati d'animo del momento, che possono scongiurare così l'istinto futuro. L'atteggiamento con pazienti con pregresso comportamento autolesivo diventa particolarmente attento. Cerchi di osservare e comunicare con lo scopo di affinare la tua abilità di individuare se un utente potrebbe potenzialmente compiere un atto del genere o meno.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Ti porti a casa un'esperienza negativa, sia come persona sia come professionista. Ti senti in colpa in quanto sai che potevi impedire quello che è successo ma non ci sei riuscito, perché non eri presente e perché te ne sei accorto troppo tardi. Ti rimetti in discussione sia dal punto di vista personale che professionale. Inoltre molto spesso non vengono forniti al professionista i supporti adeguati per poter esprimere quello che è stato il suo vissuto. Io ho vissuto un tentato suicidio e nessuno mi ha mai chiesto se, io professionista, ho superato quell'esperienza traumatica. Questa è secondo me la pecca di tutta l'organizzazione sanitaria. Ti manca la valvola di sfogo che ti permetta di esternare le emozioni provate e che ti permetta di metabolizzare e superare quell'esperienza. Non c'è nessuno cui poter chiedere aiuto.

### ***INTERVISTA N°7***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Gli episodi di autolesionismo cui ho assistito mi hanno sempre lasciata sconcertata e mi danno un senso d'impotenza in quanto, al di là della psicoterapia e della farmacologia con cui si interviene, è appurato che l'impulso autolesivo sia una pulsione cui il paziente non riesce a sottrarsi. Il senso di impotenza aumenta quando tu sei presente, sai che c'eri, sei stata sino a poco tempo prima accanto a lei ma lei, nonostante tutto, ha deciso di farlo. Si ci sente in colpa, perché magari se fossi arrivata prima alla porta del bagno, forse anche solo bussando, avresti potuto frenare l'agito. Dall'altro canto, quando si lavora con conoscenza e coscienza, non ti fai neanche troppi sensi di colpa e ti senti abbastanza tranquilla perché sai di aver fatto il tuo, tutto quello che ti spettava e la sfera magica purtroppo non la possiedi. Il senso di impotenza è accompagnato anche da disagio, se così si può chiamare. Vorresti non essere lì,



se potessi sottrarti, scomparire da quella stanza, lo faresti volentieri perché non ti sembra giusto assistere a questi avvenimenti. Adolescenti che hanno dinanzi una vita non possono viverla così, non è giusto nei confronti di altra gente che sta peggio. Purtroppo poi ci fai l'abitudine, ormai di queste vicende ne vedi tutti i giorni, nonostante la nostra comunità sia abbastanza ristretta. È come se ormai avessi accettato tutto questo, intervieni senza farti più neanche troppe domande.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** Sì, l'approccio cambia perché si cerca di migliorare alcuni aspetti dell'assistenza destinata a questi pazienti. Una cosa che incentivo, quasi involontariamente, è il livello di sorveglianza e di controllo. Bisogna però evitare di eccedere, farlo con molta attenzione e sensibilità per evitare di rilevare questa problematica. Questo può determinare, secondo me, il risveglio della pulsione, che determina di conseguenza nuovamente l'esecuzione dell'atto. L'osservazione attenta ti aiuta molto, guardare da lontano la gestualità, il ruolo assunto nel gruppo, le relazioni con gli altri membri di questo, aiuta a capire se ci sono delle problematiche. Una cosa che cerco di evitare invece è di sviluppare giudizi nei loro confronti ed evitare che questi traspaiano. Non usare battute di cattivo gusto del tipo: "non potevi pensare a fare altro?" o "ma che cosa hai fatto?". Queste frasi scontate non hanno senso in questo momento e renderebbero solo più difficile la gestione della situazione. Ho imparato a sfruttare molto anche la comunicazione e il dialogo con questi pazienti, è importante ricordare loro che prima di agire diventa fondamentale la richiesta d'aiuto a noi, o eventualmente anche la verbalizzazione dell'accaduto successivamente all'atto autolesivo. Succede spesso che le pazienti non ti avvertano neanche successivamente dell'atto compiuto e tu ne rimani all'oscuro e non potrai neanche utilizzare delle strategie specifiche di monitoraggio in quanto ne sei completamente ignara. Spesso attuiamo anche l'ispezione quotidiana per utenti con queste problematiche, solitamente si tratta di decisioni d'equipe che vengono semplicemente attuate.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** Ma anche in questo caso il trattamento utilizzato è un po' lo stesso che ti dicevo prima. Di solito evito di informare l'utente che sono già a conoscenza dei suoi comportamenti di autolesionismo precedenti, però parlando delle difficoltà che potrebbe incontrare nell'inserimento nella comunità già formata o nell'instaurare relazioni con gli altri membri, trovo l'occasione per ricordare che il personale è a sua disposizione e che in qualsiasi momento di crisi può e deve chiedere aiuto. Naturalmente si cerca di avere un occhio di riguardo per questa tipologia d'utenza, aumentando il grado di sorveglianza e migliorando l'accoglienza, soprattutto nelle prime settimane, in quanto più critiche.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Le uniche ripercussioni che tali vicende hanno nella mia vita privata si

innescano quando non sono certa di aver dato il massimo che potevo e allora, in quel caso, ci ripenso e mi sento in colpa. Ognuno di noi è in grado di capire se ciò che ha messo in atto era adatto o meno, se ha sottovalutato qualcosa o se non si è accorto di determinati meccanismi creatisi. Dopo esserti fatta queste domande capisci se puoi essere fiera di te stessa o meno. Certe volte capita di esserlo meno, perché ti è sfuggito qualcosa o non ti sei accorta in tempo. Poi spetta a te decidere in che termini queste vicende possono incidere nella tua vita personale. Io personalmente cerco di lasciarle a lavoro e non portarmele dietro.

### ***INTERVISTA N°8***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Ci rimani male, sai che queste ragazze sono malate e che sono in comunità per tale problematica ma spesso non te lo aspetti da loro. Capita principalmente a quelle persone a cui non avresti mai pensato potesse succedere. Si prova rabbia, perché non capisci per quale motivo ragazze intelligenti, in grado di ragionare, possano fare questo, però poi ti rendi conto che non è colpa loro ma della malattia. La rabbia è accompagnata anche da un po' di senso di pena nei loro confronti. Questa sensazione non è positiva ma ti fa scaturire dentro degli atteggiamenti di affetto che vorresti mettere in pratica con loro ma che devi spesso trattenere. Quando succedono questi episodi, attuiamo il cosiddetto *maternage*; avrei tanta voglia di coccolare queste pazienti, abbracciarle e darle tanto amore. Il senso di pena aumenta nei confronti di quelle pazienti, che so non avere nessuno accanto, che hanno i genitori che non si interessano a loro, che sono sole e indifese. Sul momento ti senti anche a disagio, quando loro arrivano davanti a te, piene di sangue, vorresti sparire, ti senti sconfitta. Provi impotenza, vorresti fare di tutto ma non sai cosa.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** Sì, l'approccio nell'erogare l'assistenza a queste pazienti cambia perché ti senti maggiormente responsabile di loro e delle loro azioni. Di conseguenza, senza farti troppo notare, stai maggiormente attenta a loro. Trovi qualsiasi scusa per controllare cosa facciano, dove siano, con chi o cosa stiano usando. Qualche volta è anche successo che ragazze con queste problematiche abbiano tentato di scappare dalla comunità. Poiché non sono in carcere e bisogna darle la giusta libertà, le porte sono mantenute sempre aperte e quindi stai ancora più attenta che nessuna di loro si allontani. Ogni mezzora, sono abituata a fare il conteggio per evitare di perderne qualcuna. Anche durante la notte, il monitoraggio è ferreo. Spesso capita che proprio sotto le coperte si facciano male, in quanto sono da sole e lontano da occhi indiscreti. La notte mi avvicino ai letti per controllarle, magari mi tolgo anche le scarpe per non farmi sentire. Con quest'utenza cerchi anche di favorire la comunicazione e l'intesa, questa ti può essere utile, nel momento in cui il paziente si trovi in crisi e fidandosi di te, viene a esplicitarti le sue problematiche.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** Per forza, perché sai benissimo che questi pazienti potrebbero ricompiere l'atto e quindi hanno bisogno di maggiore controllo. Solitamente io, a inizio turno, cerco sempre di leggere l'anamnesi pregressa dei pazienti presenti in comunità, prevalentemente dei nuovi entrati. Cerco di capire le dinamiche e il contesto in cui si sono verificati determinati atti autolesivi con lo scopo di poterli individuare prima che vengano compiuti. Di conseguenza il controllo è maggiore, si sta attenti al tempo di permanenza in bagno, si ha maggiore controllo durante la doccia o durante l'utilizzo di oggetti pericolosi che potrebbero essere usati con altri fini. Si cerca di individuare sbalzi d'umore nella giornata, periodi di crisi o momenti in cui il soggetto è maggiormente turbato, nervoso e in ansia, con lo scopo di individuare la genesi dell'atto. Cerchi di favorire la serenità e la stabilità, di trasmettere sicurezza e fiducia.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Le ricadute principali che queste esperienze hanno prodotto nella mia vita privata sono determinate dal fatto che, avendo in famiglia delle ragazze in età adolescenziale, sono ossessionata dal fatto che ciò possa succedere pure a loro. Probabilmente il comportamento che assumo a lavoro con le pazienti è lo stesso che mi trovo ad assumere a casa con i miei parenti. La problematica alimentare è una brutta malattia, è l'anima nera, una volta insediatasi non ti abbandona facilmente. Il solo fatto che in casa si conosca l'esistenza di questo mondo e di questa malattia mi fa star male. Se mi accorgo di lividi o graffi addosso alle mie nipoti mi si accende la lampadina, e iniziano le mille domande. Loro qualche volta si accorgono delle mie paure ma non abbiamo mai affrontato il tema. Spesso mi porto a casa la sofferenza della malattia e delle ragazze. Vorrei volentieri lasciare il mondo del lavoro lontano dalla vita privata, però spesso la testa ripercorre le vicende della giornata, e mi ritrovo a pensare a ciò che è accaduto e a riversarlo sulla mia famiglia.

## ***INTERVISTA N°9***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Le emozioni che provo durante gli episodi di autolesionismo sono molteplici, anche se è nostro compito quello di evitare di provarle, ma essendo esseri umani ciò è difficile; quindi fondamentale diventa evitare di farle emergere di fronte l'utente protagonista dell'atto. Per evitarci questo grande sforzo, utilizziamo un protocollo che ci permette di sviluppare comportamenti programmati e non influenzabili, e ci evita di entrare nel panico. Tra i vari stati d'animo che provo c'è sicuramente tanto dispiacere in generale per la situazione, perché capisci bene che quando qualcuno arriva a farsi male vuol dire che dietro c'è un malessere interiore molto profondo. Molto spesso mi capita di farmi molte domande sul perché

succeda, vorrei capire cosa le spinge a fare questo, ma evito di chiedere a loro. In fondo il nostro compito non è quello di capire la psicologia che c'è dietro l'atto, ma quello di gestire il momento successivo a questo. Poco dopo l'accaduto cresce anche molta ansia dentro di me, perché temo che possa risuccedere.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** Diversamente da come si possa pensare, qui tendiamo a evitare di stare troppo dietro alle pazienti con precedente comportamento lesivo manifestatosi durante la degenza. Quindi anziché aumentare il monitoraggio di questi pazienti durante il soggiorno in comunità, favoriamo la libertà e gli diamo maggiormente fiducia. Ciò è fatto principalmente perché un'assidua sorveglianza potrebbe richiamare alla mente il bisogno di ledersi e quindi peggiorare la situazione, ma anche, perché l'obiettivo del soggetto autolesionista è proprio quello di richiamare l'attenzione. Una volta che questa cade sul paziente, questo tenderà sempre a ledersi per riportare il riflettore su se stesso. Quindi l'indifferenza, anche durante l'atto ormai compiuto, è preferita da noi rispetto al maggiore controllo. Poi sicuramente, per quanto mi riguarda, fondamentale è la prevenzione, in termini di individuazione precoce della crisi e di momenti di perdita di equilibrio psicofisico. In questo caso il team è chiamato a intervenire prima che il paziente possa toccare il fondo.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** Il trattamento riservato a pazienti con storia anamnestica di autolesionismo è prevalentemente uguale al trattamento usato per gli altri utenti con semplice disturbo alimentare. Di certo evito, all'ingresso, di informarli o metterli in guardia che tali atteggiamenti non devono essere attuati. Involontariamente li informerei del passaggio di consegne avvenuto sull'accaduto e favorirei il ricordo di quest'episodio. Durante l'ingresso di pazienti con questa tipologia di comportamento, sicuramente pongo più attenzione alla visita fisica, ne approfitto per ispezionarli e vedere se ultimamente hanno attuato autolesionismo. Nel momento in cui ho un riscontro positivo, attuo una sorta di ricatto. In tale struttura, l'autolesionismo è causa di dimissione immediata, è quindi, invito il soggetto a chiarirsi con se stesso e decidere cosa è meglio per sé. Un'altra strategia usata è l'insegnamento della compilazione della scheda di auto-monitoraggio che, può essere compilata ogni qualvolta il paziente sia in difficoltà e non riesce a chiedere aiuto.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Le ricadute principali sono determinate da fatto che ti capita di portarti a casa l'accaduto e di sfogarlo su persone che non hanno a che fare con il modo del lavoro. Una volta terminata la mia giornata lavorativa, scandita sicuramente da avvenimenti del genere, ormai all'ordine del giorno, ho bisogno di mezz'ora per scaricare la tensione. Questa mi serve

per riflettere sull'accaduto e buttare fuori tutto. Dopo questa, evito di far entrare queste problematiche nella mia vita personale, perché starei solo peggio. Per fortuna in equipe abbiamo creato dei momenti della settimana in cui si metabolizzano in comune queste vicende. Questo è molto utile perché mi aiuta a realizzare l'accaduto e confrontarmi con persone del campo, evitando di trarre conclusioni affrettate e bastonarmi per niente.

### ***INTERVISTA N°10***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Purtroppo oggi gli agiti autolesionistici in concomitanza con questa patologia sono all'ordine del giorno. È brutto da dire ma ormai i tagli sulle braccia, il bruciarsi o il darsi pugni passano in secondo piano in quanto, siamo ormai preparate ad aspettarci queste azioni. È come se sapessi che alla fine succederà, siamo preparati al loro accadere, accettiamo l'accaduto come se si trattasse di un segno della patologia che prima o poi insorgerà. Non provo di certo indifferenza, ma una sorta di accettazione poiché siamo state preparate a gestire questi eventi e trovare le giuste strategie per distanziarci da questi e non farci coinvolgere. Poi ci sono quegli episodi più eclatanti, che rimangono alla mente perché isolati e particolari nelle loro dinamiche. Ricordo di una coppia di gemelle, entrambe ricoverate in struttura per disturbi alimentari di tipo anoressia nervosa. Una delle due, dopo un litigio con la sorella, decise di punirsi iniziando a sbattere la testa contro il muro. L'atto fu talmente rabbioso che il rumore riuscì a richiamare la nostra attenzione dall'altra parte dell'unità operativa. In questo caso è difficile rimanere distaccata, insorgono tante emozioni. Ho provato tanta pietà per lei, mi ha fatto pena la sua situazione psicologica. Mi sono messa nei suoi panni e ho sentito tanto sconforto dentro.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** Durante i successivi episodi di autolesionismo, come da protocollo, siamo chiamate a mantenere l'indifferenza ed evitare di far insorgere, anche involontariamente, giudizi o critiche per quei comportamenti. L'obiettivo degli autolesionisti è quello di far star male anche coloro che gli stanno accanto e far crescere in te sentimenti di pena, per poi sfruttarli a loro favore. Noi siamo chiamate a evitare ciò, quindi sicuramente evitiamo di giudicare e cerchiamo di favorire l'indifferenza, anche se rimaniamo vicine alle ragazze durante l'accaduto. Capita spesso di arrivare durante un comportamento autolesivo, noi in tal caso non interveniamo, rimaniamo a guardare, evitando che la situazione degeneri, ma non blocchiamo l'agito. L'approccio che poi attuiamo con quelle pazienti è sicuramente di maggiore sorveglianza, far sì che queste stiamo in camere più vicine alla medicheria ed evitare di favorire le uscite esterne perché momenti particolarmente propizi per attuare tali agiti. Un'altra strategia che uso è quella di attuare interventi ambientali finalizzati a ridurre la sofferenza dovuta alla distanza dal contesto familiare e sociale. Molte ragazze entrano in crisi anche perché abbandonano il loro

paese, lasciano tutto e tutti per intraprendere questo percorso di cure. Quando intravediamo queste problematiche, favoriamo, anche per via telematica, il contatto con la famiglia, mezzo di supporto in questo iter terapeutico.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** Sicuramente sì, quando mi trovo di fronte un paziente che ha compiuto in passato azioni autolesioniste, diviene spontaneo il maggiore controllo e supervisione dell'utente stesso. In questo contesto siamo sicuramente aiutati dal fatto che, l'attuazione di tali comportamenti, è un pretesto per incorrere alla dimissione dalla comunità. I pazienti essendo quindi informati dall'inizio e avendo stipulato un contratto terapeutico, sono motivati nel discriminare tali agiti. Purtroppo la malattia spesso però non li aiuta, è ciò avviene. All'ingresso di utenti con questa problematica, tendenzialmente ci focalizziamo sulla spiegazione della compilazione della scheda di automonitoraggio, fondamentale strumento di supporto per tale utenza. Questo strumento ci permette di analizzare in seguito il momento di crisi, le emozioni provate, la situazione che lo ha determinato e individuare insieme le strategie per evitarlo in futuro. Naturalmente aumenta la sorveglianza e l'allontanamento di oggetti potenzialmente pericolosi per l'assistito.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Nessuna in particolare, l'unica cosa è che mi capita di rivivere l'accaduto a casa, sezionarlo e analizzarlo per individuare errori compiuti ed evitare di ripeterli successivamente. Mi succede anche di aver sviluppato ormai il cosiddetto "occhio clinico"; magari anche fuori, in giro per strada, vedendo semplicemente una ragazza, o sentendo dei suoi pensieri, sono in grado di ricollocarla nel mio reparto. Mi è successo una volta con un'adolescente incontrata in gelateria, ascoltando ho evidenziato la sua condotta alimentare non consona, dopo qualche mese me la sono ritrovata in reparto.

## ***INTERVISTA N°11***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Non so se ci sono delle emozioni che provo durante un comportamento autolesionista, forse perché ho l'aspettativa che accada e quindi essendo già preparata mentalmente a fronteggiare la situazione e come se la mente l'avesse già metabolizzata. Questo meccanismo è determinato anche dal fatto che, essendoci un protocollo cui affidarsi per la gestione dell'accaduto, finisce che la tua mente si concentra sulla successione delle azioni da attuare e non ha neanche la possibilità di ritagliarsi qualche minuto per far emergere gli stati d'animo che ne scaturiscono. Credo che questo sia anche un bene per me, perché essendo una persona molto emotiva, potrei farmi trasportare troppo dalle emozioni e non far bene il mio

lavoro. Con questo non voglio sminuire la cosa, però magari è questo il modo che la mia testa usa per evitare di farmi stare male. Sicuramente un po' di amaro in bocca rimane per l'accaduto, ma sai che ciò è legato a una problematica, e il mio compito è di andare ad agire per aiutarle a far sì che non succeda più.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** L'approccio infermieristico e assistenziale a queste pazienti cambia poiché si cerca di dargli maggiore spazio per sfogarsi e ascoltarle. Con utenti che hanno attuato autolesionismo cerco di entrare in empatia e attuare la cosiddetta relazione d'aiuto. Bisogna liberarsi di ogni giudizio e ogni ostacolo, e ascoltare l'altro con lo scopo di capirlo, comprenderlo e aiutarlo. Spesso le pazienti non sono in grado di chiederti un colloquio, di capire che hanno bisogno di parlare e comunicare per buttare fuori, e quindi è compito dell'infermiere capire quando sia il momento giusto per farlo. Se non è la paziente a venire da me a parlare, sono io a raggiungerla, e con una scusa a darle la possibilità di liberare le sue emozioni. Anche la lettura della scheda di automonitoraggio, successivamente all'accaduto, è una buona strategia, in quanto ti permette di analizzare l'episodio quando il paziente è calmo, il trigger, le emozioni e i pensieri creatisi, per poter successivamente gestire a priori la situazione. Ciò ti permette anche di consapevolizzare l'utente sull'accaduto e renderlo in grado, durante una futura situazione simile, di agire preventivamente.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** Sì, perché sai che quel paziente potrebbe nuovamente compiere un atto lesivo, è quindi sei maggiormente responsabile essendo già stata informata. Il mio approccio in questo caso è scandito da maggiore ascolto, supporto e soprattutto evidenzio l'importanza della richiesta d'aiuto prima che possa insorgere la problematica. Preferisco anziché tacere il tema, di affrontarlo in via preventiva. È ovvio che ci sarà maggiore controllo da parte nostra, però ciò avviene nei limiti del possibile; non siamo dei vigili piantonati nelle loro camere a impedire azioni che loro desiderano fare. Il mio ruolo è di supporto e di aiuto nella scelta della strada più corretta, non posso costringere nessuno, né obbligare l'utente contenendolo. Ricordo sempre la mia disponibilità al confronto, poi spetta a loro riuscire a rendersi conto dell'insorgere dell'impulso. Con questa tipologia d'utenza cerchiamo anche di colmare i momenti vuoti della giornata, per evitare di lasciarli troppo a rimuginare sulla loro malattia. Ciò viene fatto con attività ricreative, cinema, cucina e dandogli la possibilità di continuare il percorso di studi anche all'interno della comunità.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Assolutamente nessuna, tu entri qui dentro e sai benissimo il tipo di lavoro che ti aspetta e le situazioni che si possono creare. Sai che questi comportamenti sono legati a

una malattia che sta alla base, e che non puoi fare nulla, a parte aiutare l'utente a capire che queste situazioni possono essere by-passate con l'aiuto di personale esperto. Di conseguenza una volta presa consapevolezza di ciò che ti spetta e di ciò che bisogna fare, è inutile continuare a pensarci. Quando esco da lavoro cerco di staccare la spina completamente, lasciando tutto quello che ho vissuto dietro il cancello della struttura. Può succedere di pensarci in termini di sensi di colpa, magari pensi che avresti potuto fare di più in quella vicenda e rimpiangi la gestione della situazione che si è verificata. Questo è utile perché ti permette di crescere e migliorarti in autonomia.

## ***INTERVISTA N°12***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Le emozioni che provo in seguito ad un atto autolesivo sono tendenzialmente negative. È difficile spiegare a parole il vortice di sentimenti che si innesca dentro di me; purtroppo però tra i vari stati d'animo, sicuramente, emergono tanto senso di colpa e delusione. Quest'esperienza, di solito, la vivo come una sconfitta personale, perché non mi spiego come io non sia riuscita a evitarla. Dopo l'accaduto, a mente lucida, mi rendo conto che non è colpa mia ma che si tratta di pulsioni patologiche ricollegate alla malattia, ma nonostante tutto mi capita di ripensarci e starci ancora male. La delusione e il senso di colpa sono affiancati anche da disagio nel fronteggiare la situazione. Mi sento in difficoltà, non perché non so come gestire l'accaduto ma, perché preferirei non trovarmi lì ad assistere a tanto dolore. Io credo che la vita sia un dono importantissimo, ed essendo anche molto credente questo mi porta a distaccarmi un po' da questi comportamenti. Non accetto questo. Mi fa star male sapere che delle ragazze adolescenti, che potrebbero avere tutto dalla vita, debbano ridursi così. Questi atteggiamenti sono sinonimo di disprezzo per la vita che Dio ci ha dato.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** Il mio approccio con il paziente che si autolede si modifica in quanto, sentendomi in colpa per l'accaduto, attuo tutte le strategie possibili per evitare che ciò possa riaccadere. Le ragazze con disturbi alimentari sono molto brave a nascondere quello che provano, ma attraverso la comunicazione e l'osservazione attenta, cerco di analizzare il loro stato d'animo per scorgere, in anticipo, segni e sintomi che possono allertarmi e segnalarmi una possibile crisi. Naturalmente con queste pazienti si cerca anche di avere un occhio di riguardo, stare maggiormente allerta e controllare il più possibile i loro movimenti. Fondamentale, secondo me, è anche creare consapevolezza del problema, questo viene fatto attraverso la lettura della scheda di automonitoraggio delle emozioni. Questa permette di rendersi conto, insieme, delle situazioni in cui si sviluppa la crisi, per poterla individuare prima che insorga.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso



comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** I vari episodi di autolesionismo cui ho prestato assistenza hanno sicuramente modificato il trattamento nei confronti di pazienti con questa problematica presente già all'anamnesi d'ingresso. In questo caso, cerco di attuare interventi che possano favorire l'inserimento in tale contesto dell'utente, riducendo al minimo le differenze tra ritmi di vita ospedalieri e abitudini personali, e puntando sull'instaurazione di un legame stabile e di fiducia con l'intero gruppo professionale. Con questi pazienti devi essere anche molto brava a imparare a conoscerli nel più breve tempo possibile per poter individuare tutti i fattori di rischio, che possono richiamare la tua attenzione sull'eventuale esecuzione di un agito lesivo. Importante diventa anche l'eliminazione di tutti quegli oggetti pericolosi che potrebbero essere usati in maniera impropria, e permetterne il loro utilizzo solo in presenza del personale infermieristico.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Le ricadute che tali esperienze hanno prodotto nella mia vita personale sono determinate dal fatto che mi capita di sentirmi spesso in colpa per quello che succede. Mi capita di rimuginare sull'accaduto a casa, e sentirmi in colpa per quello che avrei potuto fare e non ho fatto. Di fronte ad agiti più gravi mi succede anche di sognarli la notte. Riesco a superarli solo dopo averne discusso con le mie colleghe; il nostro team infermieristico è molto unito, ci supportiamo anche di fronte a queste vicende che ognuno di noi si trova a vivere. Settimanalmente se ne discute, e questo mi permette di metabolizzare più facilmente l'accaduto e lasciarmelo alle spalle.

### ***INTERVISTA N°13***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Ti racconto una vicenda che mi è capitata non molto tempo fa. Ero in turno di notte e una cara ragazza, ricoverata da noi da circa tre settimane, tentò di soffocarsi con il laccio dell'accappatoio. Questo sarebbe un atto ben più grave del "semplice" autolesionismo, ma io lo considero tale, in quanto la ragazza non voleva assolutamente uccidersi ma solo richiamare l'attenzione su se stessa. Se avesse voluto farla finita, ci sarebbe riuscita sicuramente poiché tra il momento in cui sono stata avvisata e il mio arrivo in stanza passò qualche minuto.

Inizialmente ho provato adrenalina e mi sono focalizzata sulle conseguenze fisiche che l'atto aveva causato; il mio scopo era aiutarla. L'ho portata a letto, ero molto spaventata, ma una volta constatato che non si era fatta nulla, ho cercato di capire cosa fosse successo. In quegli istanti ti fai molte domande cui non riesci a dare risposta. Non vivi una sola emozione in quei momenti, ti passa dinanzi la vita in un lampo. Non comprendi perché lo abbia fatto e cosa passi nella sua mente per arrivare a questo. Molto spesso loro non ti dico il meccanismo che è scattato per arrivare all'agito, è questo provoca ancora più sconforto perché sai bene che nessuna ragione al mondo potrebbe giustificare un'azione del genere.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** L'approccio non cambia, cerchi solo di dargli più amore e attenzione. Di solito le pazienti autolesioniste sono quelle che hanno avuto tante cose brutte dalla vita e quindi mi metto nei loro panni e immagino quanto soffrano. Cerco di vestire un po' i panni di una mamma per loro, è come se di fronte avessi mio figlio. Cerco di spiegargli che è meglio chiedere aiuto e cercare di fermarsi prima piuttosto che farsi male; ciò senza giudizi ed evitando di farle sentire in colpa. Spesso sbagliare a loro serve molto, gli permette di capire chi sono e quali sono i loro limiti. Da ogni caduta si ci rialza più forti di prima, questo è quello che dico alle mie pazienti dopo tali vicende. Cerco di stimolare in loro la forza di andare avanti e di reagire. Dalle cadute avvolte si trovano le migliori vittorie. Poi naturalmente aumenta il grado di controllo, cerco di avere dieci occhi in più per queste pazienti e alimentare la relazione instaurata, questa può tornarti utile quando meno te l'aspetti.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** Sì perché sei preparata ad aspettarti un atto del genere e quindi ti comporti come con le ragazze che hanno già praticato autolesionismo, monitori di più. Cerchi qualsiasi scusa per controllare cosa stanno facendo, con chi sono o se si sono allontanati. Monitori gli oggetti presenti. Io punto sempre sul dialogo empatico, quindi in caso di pazienti a rischio, cerchi qualsiasi pretesto per poterci comunicare, individuare il suo stato d'animo, le emozioni che prova, eventuali problematiche presenti e ricordargli che io sono sempre presente se dovesse aver bisogno. Una metodica molto sviluppata ultimamente è che i pazienti si chiedano aiuto tra di loro durante l'insorgere di pulsioni del genere. È importante evitare che questo accada e favorire il contatto diretto con l'utente, non tramite terzi. Naturalmente ciò varia a secondo di come tu infermiera sei stata in grado di creare un rapporto autentico e vero con il tuo paziente.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Queste esperienze lavorative in qualche modo ti segnano nel profondo. Di certo la loro incidenza varia a seconda di chi sei, a seconda che tu sia single, sposata, abbia figli, nipoti e a secondo del tuo vissuto e delle tue esperienze pregresse. Ad esempio dopo l'episodio che ti ho raccontato, mi sono trovata la notte, da sola, a pensare alla mia famiglia e ai miei figli. Hai paura che ciò possa capitare alle persone a te care e ti domandi in tal caso come reagiresti. Ti fai domande sull'educazione che gli hai imposto e se sia corretta per la vita che si troveranno ad affrontare. È difficile quando ti trovi di fronte a situazione del genere separare la vita privata dal lavoro, in qualche modo l'una inciderà sull'altra.

## ***INTERVISTA N°14***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Bella domanda. Sicuramente si scatena un insieme di sentimenti differenti, ma senza dubbio, personalmente, provo un grande senso di fallimento. La persona poteva chiedere aiuto prima, invece se è arrivata a compiere il gesto, vuol dire che non ho svolto bene il mio ruolo all'interno di quel contesto. Il senso di fallimento aumenta quando sono sempre gli stessi soggetti a compiere l'autolesionismo. In quel caso la vivo proprio come una sconfitta, perché se non sono riuscita a far cambiare idea a quella ragazza, e anzi questa si è sentita libera di poter compiere nuovamente lo stesso gesto, vuol dire che non sono stata d'aiuto. Queste situazioni, credo un po' per tutto il personale che si trova a viverle, ti segnano e ti deludono; spesso mettono in discussione la tua professionalità.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** Per quanto mi riguarda il mio atteggiamento con quest'utenza cambia nel senso che cerco di trasmettergli in tutti i modi tranquillità e protezione, perché è quella che viene a mancare maggiormente e che spinge queste ragazze a tagliarsi e farsi del male. Le pazienti con queste problematiche di solito nascondono in modo lodevole gli atti che compiono, e noi professionisti ne veniamo a conoscenza solo perché ce ne parlano successivamente. Dico questo per farti capire che è inutile cercare di arrivare in tempo per evitare che succeda ma è molto più utile aiutare i soggetti a rendersi conto del problema, renderle consapevoli della natura dei gesti per permetterle di controllarsi e capire, assumendo i panni del terapeuta, qual è la strategia migliore per fermarsi in tempo. Insegnandogli la strategia per gestire le emozioni spesso riesci a evitare gli atti autolesivi più facilmente.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** I vari episodi di autolesionismo a cui ho assistito hanno condizionato il trattamento futuro a pazienti con storia pregressa simile determinando un aumento dell'attenzione e del controllo verso questi soggetti rispetto a quella che viene riservata per altri. All'interno della nostra struttura, come condizione d'ingresso, è proibito praticare autolesionismo e gli ospiti ne sono a conoscenza mediante un contratto terapeutico che viene fatto loro firmare. Il professionista sanitario non è quindi chiamato a proibire l'ingresso di oggetti potenzialmente pericolosi. Con pazienti che però hanno, in passato, praticato autolesionismo, pur puntando sul loro buon senso e sulla parola data, si avrà maggiore controllo dell'oggettistica usata. Con questi pazienti critici inoltre, cerco di instaurare una relazione terapeutica efficace, ovvero li avviso dei possibili momenti difficili che potrebbero presentarsi e che nel caso si risvegliassero quelle emozioni, e quindi la progettualità di ledersi, bisogna nell'immediatezza chiedere aiuto agli infermieri in turno.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Con i pazienti adolescenti ho un particolare attaccamento, e probabilmente per la mia età così giovane spesso mi rivedo in loro. Questo attaccamento mi porta a star male e a riversare particolari vicende sulla mia vita personale.

Nei primi periodi in cui ho iniziato a lavorare in questo contesto facevo ancora più fatica a distaccare le due cose, rapportavo tutto l'accaduto alla mia vita privata, è questo mi faceva paura. Stando a contatto con queste pazienti finisci per imparare anche tu qualcosa, ti dico questo perché qualche volta nei miei momenti deboli, gestivo le emozioni in modo sbagliato, con gesti sbagliati, che magari involontariamente avevo appreso dalle pazienti. Poi però con il passare del tempo ho imparato a distaccarmi, principalmente per sopravvivere e non farmi sopprimere dalle emozioni. Un altro punto debole di chi svolge il nostro lavoro è che, professionalmente, non ti sentirai mai ripagata per il lavoro che compi, è una delusione in poche parole. In primis perché le pazienti che trattiamo sono perennemente insoddisfatte e, secondariamente perché, come le statistiche confermano, non c'è margine di miglioramento, le persone che escono dalla patologia sono pochissime. Non hai soddisfazioni e modo di ricaricarti.

### ***INTERVISTA N°15***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Quando mi trovo dinanzi un assistito che ha compiuto autolesionismo si scatena in me tanta malinconia e dispiacere. L'atto compiuto non è importante per me, ma quello che mi segna prevalentemente è il male di vivere che riescono a trasmettermi. Riesci a percepire facilmente il disagio vissuto da queste ragazze, ed è questo quello che mi fa stare più male. Mi sento triste nel vedere aggredire la vita in questo modo. Qualche volta ho anche provato pena per loro; non vorrei mai assistere ad atti del genere perché non credo sia giusto nei confronti della vita, dei propri genitori, dei propri parenti e di chi ti sta attorno.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** Di certo l'atteggiamento cambia; io cerco di evitare di farmi coinvolgere troppo sentimentalmente da queste pazienti. E' difficile mantenere le distanze quando ti trovi ad assistere soggetti che permangono nella stessa struttura per più di tre mesi insieme a te, ma il nostro compito è quello di evitare di lasciarti travolgere da loro, per rimanere sempre lucido ed essere pronto ad intervenire quando richiesto. Queste pazienti hanno anche molto bisogno di controllo e protezione e in tal caso fondamentale diventa la stretta collaborazione tra equipe medico-infermieristica. Bisogna supportarsi e incrementare il controllo quando sono presenti segni predittivi che potrebbero fare pensare a un comportamento di questa natura.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** Con pazienti che hanno in passato praticato autolesionismo, la strategia da utilizzare diventa quella di incrementare le prestazioni dirette su di lui con lo scopo di individuare la possibilità che l'autolesionismo sia ancora praticato o meno. Spesso con qualche scusa, mi è capitato di monitorare pazienti sospettati di attuare azioni di questa natura. Se si evidenzia la permanenza di questa pratica si cerca di aumentare il controllo e monitorare tutti quegli atteggiamenti potenzialmente pericolosi. Si cerca anche di instaurare una relazione d'aiuto efficace, ovvero mi dimostro disponibile, pronto all'ascolto empatico nei confronti dell'utente, mettendolo a conoscenza che in caso di bisogno può fare affidamento a me. Naturalmente, come ti dicevo prima, evitando di farti coinvolgere troppo dalle loro emozioni, potrebbe essere un'arma a doppio taglio.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Assolutamente nessuna. Per fortuna sono sempre stato in grado di separare razionalmente il lavoro dalla mia vita privata, evitando che questi si relazionassero spiacevolmente. È fondamentale dividere le due sfere per sopravvivere.

## ***INTERVISTA N°16***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Nonostante mi è capitato spesso di assistere a comportamenti autolesionistici da parte delle ragazze ricoverate presso i DCA, non sono ancora abituata a gestire queste situazioni e a viverle in modo distaccato. In qualche modo ne vengo sempre toccata. Se dovessi farti un elenco delle emozioni che ne seguono, potrei sicuramente iniziare parlandoti di disagio e tanto, molto imbarazzo. Non so bene come spiegare quello che nasce dentro di me, ma so per certo che vorrei non trovarmi in quel posto. Faccio fatica a gestire la situazione, ad adattarmi a questa. So come gestire l'accaduto da punto di vista pratico e infermieristico, ma non so bene come farlo dal punto di vista psicologico. Faccio fatica a parlare e usare le parole più appropriate per poter riscaldare l'anima di quelle ragazze. Credo siano queste le emozioni che prevalgono.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** L'approccio usato cambiata involontariamente nei confronti di pazienti che hanno già attuato autolesionismo nella struttura. Per quello che mi riguarda cerco in prima battuta di ridurre le barriere che si possono creare con gli assistiti, dimostrandomi molto vicina a loro e permettendo a questi di confidarsi con me quando più lo ritengono opportuno. Creare un

rapporto basato sulla fiducia aiuta molto; credo sia più utile istruire i pazienti alla gestione autonoma dei momenti di crisi piuttosto che intervenire noi come figure professionali. La scheda di automonitoraggio ci aiuta proprio in questo; mediante questo strumento riusciamo a fornire alle ragazze i giusti mezzi per poter intervenire autonomamente nella gestione della crisi. Sicuramente con pazienti critici si cercherà di intervenire e supportare il tutto.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** Assolutamente sì, perché essendo già a conoscenza della possibilità di attuare questi comportamenti da parte del paziente in questione si cercherà di scongiurarli durante il periodo di riabilitazione nutrizionale. Questo viene fatto principalmente attraverso l'aumento del grado di sorveglianza riservatogli. Con i nuovi ingressi è tutto un punto di domanda, poiché non sai per certo se in quel preciso momento sono presenti o meno i comportamenti autolesivi. Bisogna essere abili nel evitare di sottovalutare qualsiasi situazione si presenti e rimanere vigili sempre per evitare che ciò accada.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Le ricadute principali si hanno sulla propria autostima, poiché quando ti trovi a gestire situazione del genere, involontariamente, ti senti in colpa, e pensi di non aver fatto il possibile. Ripensando all'accaduto, a mente lucida, ti rendi conto che, pur volendo, non è possibile prevedere gli eventi per quanto preparati siamo, ma la perdita di fiducia in se stessi si verifica indipendentemente.

### ***INTERVISTA N°17***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Successivamente ad un atto autolesionista da parte di un paziente con disturbo alimentare provo ansia. Questo stato d'animo è sempre presente e credo sia correlato alla paura della situazione che si sta verificando. L'ansia si manifesta anche dopo l'accaduto e permane in me per qualche giorno, accompagnata dal terrore che possa risuccedere. Questo sentimento è accompagnato anche da incomprensione per l'accaduto; durante le prime vicende a cui ho assistito la mia curiosità ha avuto sfogo. Con qualche domanda ho cercato più volte di capire cosa si muovesse nella mente delle pazienti e quando mi sono resa conto delle dinamiche che generavano questi atti, ho provato sdegno. Non credo sia giusto che delle ragazze così giovani debbano provare questi impulsi che non riescono a controllare. Questo mondo mi fa ancora paura.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia

modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** Certo, se sai che un paziente è autolesionista avrai un occhio in più per questo e porrai più attenzione ai suoi comportamenti e atteggiamenti. L'autolesionismo è correlato a un momento di crisi spesso accompagnato da veri e propri segni osservabili e misurabili. Bisogna avere maggiore attenzione per atteggiamenti come il cambio d'umore, l'irritabilità, le particolari forme di isolamento o la maniacalità nel cercare oggetti potenzialmente pericolosi. La maggiore sorveglianza e il monitoraggio del paziente possono essere utili nell'identificare a priori la possibilità che un atto del genere accada.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** Certo, è la stessa cosa che ti dicevo prima. Se sai che un paziente, dalla storia anamnestica, praticava in passato autolesionismo avrai un occhio di riguardo per lui. Bisogna monitorare prevalentemente le modalità di gestione delle emozioni da questo usate, perché parte tutto da lì. Mediante colloquio iniziale spesso valutiamo come il paziente gestirebbe determinate situazioni stressanti a livello emozionale, ponendogli domande precise e mirate; se viene individuata la possibilità che questo cada nell'autolesionismo allora si interviene insegnandogli le strategie più adeguate per la gestione di questo problema. Di certo si punta tutto sulla prevenzione e non sulla cura una volta che il tutto è accaduto.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Onestamente cerco di lasciare queste vicende sul posto di lavoro, ma non sempre è facile farlo. Ci sono situazioni particolari, con protagoniste ragazze che magari senti più vicine a te, che non riesci ad allontanare soltanto varcando il cancello d'uscita. E' ovvio che questo non accadrebbe se fossimo supportati nella gestione dell'accaduto, anche in un secondo momento. Purtroppo non abbiamo la possibilità di essere aiutati nel metabolizzare queste vicende, in quanto non esiste un sostegno psicologico destinato a chi ha vissuto queste vicende da soccorritore. Credo questo sia un grosso difetto del sistema. La sua assenza determina spesso un crollo emozionale del professionista sanitario che si trova a gestire queste situazioni, determinando, a lungo andare, una saturazione che ti porta a mettere in discussione il tuo ruolo all'interno del contesto in cui si lavora.

### ***INTERVISTA N°18***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Sono molti anni che lavoro presso questa realtà e di vicende del genere ne ho viste molte. I sentimenti che ne scaturiscono sono ormai ridotti, poiché sono entrata nella fase dell'accettazione, fase in cui non ti fai più troppe domande, non cerchi risposte e non provi

emozioni particolari da gestire. Mi ricordo i primi anni in cui ho iniziato a lavorare presso i DCA e queste vicende mi segnavano profondamente. Il passare degli anni, e di certo anche la frequenza con cui queste vicende ormai si ripetono, mi hanno portato ad essere più fredda sull'argomento e più rigida nella sua gestione.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** Una cosa è certa, più ti vedono e si accorgono di essere "sorvegliati" e più aumenta il loro disagio e quindi il rischio che possa risvegliarsi in loro l'istinto di ledersi. Io evito di puntare i riflettori su di loro, evito di metterli sul palco scenico, perché ciò peggiorerebbe solo le cose. Loro fanno questo per porsi al centro dell'attenzione e, aumentando la sorveglianza, rischiano di fare il loro gioco. Indubbiamente l'attenzione per questi utenti è maggiore, ma evito di farglielo notare troppo. In questo modo rischiano anche di richiamare l'attenzione del resto della comunità sull'argomento. Le pazienti con disturbi alimentari, e in generale le pazienti adolescenti, tendono, per imitazione, a ripetere le azioni che fa il gruppo. Quando si verifica un comportamento autolesionistico, fondamentale diventa non richiamare l'attenzione e mantenere la calma.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** In genere no, perché diventa impossibile poter prevenire questi comportamenti prima che si manifestino. E' inutile aumentare l'attenzione su pazienti che in passato hanno attuato autolesionismo perché se vorranno ledersi, anche se tu sei in allerta, ci riusciranno comunque. La comunità è troppo grande per poter controllare personalmente ciascun paziente e poi io punto molto sul loro buon senso; hanno anche firmato un contratto che proibisce questi comportamenti e quindi credo che sia giusto lasciarli liberi di sbagliare. Se vuoi guarire eviti ogni gesto del genere; se ti ledi, a quanto pare, non sei ancora in grado di uscire da questo tunnel. Ci sono altre strutture per questi utenti, qui curiamo soggetti che sono già pronti ad uscirne; credo che quel posto potrebbe essere occupato da una paziente più motivata a curarsi, a cui non è ancora stata data la possibilità.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Nessuna fortunatamente. Con il passare degli anni si acquista anche questa abilità. Non avrebbe senso portarsi questi avvenimenti a casa, significherebbe farsi solo del male e non staccare mai la spina dalla vita lavorativa. Penso che questo non sia giusto nei miei confronti e nei confronti della mia famiglia.



## ***INTERVISTA N°19***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Il comportamento autolesionista è sicuramente una pratica che lascia sgomento chiunque si trovi a gestirlo. Le emozioni che si vengono a creare nel mio inconscio, non riuscirei bene a descriverle, in quanto effettivamente non ho mai provato a dargli un nome preciso. Di certo quello che posso dire è che, successivamente ad un agito del genere, rimani stupito, non riesci a spiegare perché possa essere accaduto e quali siano state le dinamiche che abbiamo creato tutto ciò. Provo anche tanta paura, ma questa cerco di tenerla a freno, poiché il mio compito è quello di gestire la situazione prontamente, non posso farmi sormontare dai sentimenti. Dopo aver risolto la situazione, solitamente, mi capita di sentirmi in colpa, penso continuamente a quello che ho fatto e a come ho gestito la situazione, e mi domando se avessi potuto fare qualcosa per evitare che questo fosse accaduto.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** Molto spesso mi è capitato di ritrovarmi in turno pazienti che avevano attuato autolesionismo nei giorni precedenti, e lì l'atteggiamento cambia. Innanzitutto evito di richiamare alla mente del paziente quell'avvenimento, evito di far pesare il mio giudizio su di lui e poi sicuramente incentivo la comunicazione, con lo scopo che possa essere utile per poter intervenire in via preventiva se ciò dovesse risuccedere. Bisogna rendere consapevole il paziente della sua problematica, e aiutarlo a capire che noi siamo lì per combattere con loro questa battaglia.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** Sì, questo succede inconsciamente per fortuna. Per l'infermiere è sempre una sconfitta quando durante il suo turno accade una vicenda di questo spessore. Per ridurre la possibilità che ciò possa accadere cerco di immedesimarmi nel paziente e cercare di ascoltarlo approfonditamente, per capire cosa passa nella sua mente, e valutare le sue richieste, per una pronta realizzazione. Sono queste le motivazioni che spingono i pazienti alla crisi, e se tu sei in grado di gestire insieme a lui queste problematiche puoi evitare di farlo star male. Bisogna spesso anche impegnargli la giornata, per evitare che i pensieri e le idee possano avere libero sfogo.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Questi avvenimenti in un modo o nell'altro lasciano il segno e finiscono per pesare nel tuo bagaglio di vita. I termini in cui spesso ci penso, mi portano a domandarmi se era possibile evitarlo e se questo sia successo anche per colpa mia. Forse non sono stata brava nel

fare qualcosa o forse potevo agire in un altro modo. Ci rimugini sempre sopra, e poi riesci a trarne qualche insegnamento, che ti permette di crescere professionalmente.

## ***INTERVISTA N°20***

**INTERVISTATORE:** Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?

**INTERVISTATO:** Ora che ci penso, proprio qualche giorno fa mi è successo di sorprendere una ragazza, ricoverata da qualche giorno nella nostra struttura, sbattere la testa al muro con una forza disarmante. I sentimenti che si sono scatenati in me erano contrastanti tra loro. Se da una parte sentivo tristezza e dolore per l'accaduto, dall'altra provavo rabbia e fastidio poiché, pur immedesimandomi in lei, non riuscivo a spiegarmi tanta foga ed energia nel fare questo. L'istinto mi ha portata a bloccare immediatamente la ragazza e sgridarla per ciò che stava facendo. Mi sono sentita sconfitta, delusa, perché pur spiegandole che queste non erano le modalità corrette per superare quel momento, non appena l'ho lasciata libera di ritornare in camera, dopo qualche ora dall'accaduto, a ripreso a compiere il gesto, come se le mie parole fossero state inutili.

**INTERVISTATORE:** Mi può esplicitare come, dopo tale esperienza, il suo approccio si sia modificato nell'erogare assistenza a questi pazienti nella quotidianità, o durante i successivi episodi a cui ha assistito?

**INTERVISTATO:** L'approccio è sempre lo stesso, ho cercato soltanto di essere più presente e non lasciarla troppo sola. In questi casi bisogna cercare di non giudicare questi atteggiamenti, cosa che probabilmente ho sbagliato io con la ragazza, e cercare di immedesimarsi in loro, provare a capirle per fornirgli le giuste strategie per controllare questi impulsi. Bisogna basare tutto sull'ascolto empatico, permettere a queste ragazze di sfogarsi e, per quanto sia possibile, trasmettergli sicurezza e tranquillità. Poi magari ti capita di non riuscire nell'intento, come è accaduto a me, ma non bisogna mai perdere le speranze.

**INTERVISTATORE:** I vari episodi di autolesionismo a cui ha garantito assistenza hanno condizionato il futuro trattamento a pazienti di cui era a conoscenza di un pregresso comportamento di autolesionismo? Se è sì, come?

**INTERVISTATO:** Di solito no, perché non parto dal presupposto che, per forza se si è praticato in passato autolesionismo, questo possa risucedere. Piuttosto cerco di capire se il soggetto presenta o meno comportamenti di questa natura, e nel caso ciò sia presente cerco di aumentare la consapevolezza sul problema. Bisogna definire chiaramente la natura del problema, il contesto in cui si può sviluppare e quali siano le strategie per evitarlo. Il soggetto deve essere in grado di individuarlo nel nascere per poter intervenire e permettermi di aiutarlo.

**INTERVISTATORE:** Quali ricadute pensa possano aver prodotto tali esperienze lavorative nella sua vita personale?

**INTERVISTATO:** Avendo dei figli in età adolescenziale mi capita di rivedere comportamenti anomali su di loro e quindi di essere troppo ossessiva e vigilante, spesso senza un reale motivo. In questo modo, ho permesso alla problematica alimentare di entrare in casa, i miei figli ne sono a conoscenza, e in qualche modo mi sentirei in colpa se mai uno di loro dovesse soffrire di tale disturbo. Credo che queste dinamiche si instaurino involontariamente nei soggetti più deboli, cosa che potrebbe essere evitata se fossimo supportati nella gestione delle emozioni. Queste vicende dovrebbero essere gestite con gruppi di sostegno per il personale sanitario, nessuno dovrebbe gestirle in autonomia nella propria realtà privata.

## ALLEGATO № 8

**Tabella I : Caratteristiche ANAGRAFICO - PROFESSIONALI degli infermieri**

| Variabile raccolta  | DCA di Portogruaro<br>(n=8) |             | Riabilitazione<br>Nutrizionale Villa Garda<br>(n=12) |             | Totale complessivo<br>(n=20) |             |
|---|-----------------------------|-------------|--|-------------|------------------------------|-------------|
|   | Numero assoluto             | Percentuale | Numero assoluto                                      | Percentuale | Numero assoluto              | Percentuale |
| <b>Sesso</b>  |                             |             |  |             |                              |             |
| M   | 1                           | 12.5%       | 1  | 8.3%        | 2                            | 10%         |
| F   | 7                           | 87.5%       | 11   | 91.7%       | 18                           | 90%         |
| <b>Età</b>  |                             |             |  |             |                              |             |
| 20-30 anni  | -                           | -           | -  | -           | -                            | -           |
| 31-40 anni  | 2                           | 25%         | 7  | 58.3%       | 9                            | 45%         |
| 41-50 anni  | 2                           | 25%         | 2  | 16.7%       | 4                            | 20%         |
| >50 anni  | 4                           | 50%         | 3  | 25%         | 7                            | 35%         |
| <b>Formazione professionale</b>                                   |                             |             |  |             |                              |             |
| D. di Infermiere Professionale                                    | 6                           | 75%         | 7  | 58.3%       | 13                           | 65%         |
| Laurea in Infermieristica   | -                           | -           | -  | -           | -                            | -           |
| D. di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed Ostetriche | 1                           | 12.5%       | 1  | 8.3%        | 2                            | 10%         |
| Master in Coordinamento   | 1                           | 12,50%      | 4  | 33.4%       | 5                            | 25%         |
| <b>Anni di esperienza lavorativa come infermiere</b>              |                             |             |  |             |                              |             |
| ≤1anno  | -                           | -           | -  | -           | -                            | -           |
| 1-5 anni  | -                           | -           | -  | -           | -                            | -           |
| 6-10 anni   | 1                           | 12.5%       | 1  | 8.3%        | 2                            | 10%         |
| 11-15 anni  | -                           | -           | 4  | 33.4%       | 4                            | 20%         |
| >15 anni  | 7                           | 87.5%       | 7  | 58.3%       | 14                           | 70%         |
| <b>Anni di lavoro nei DCA</b>                                     |                             |             |  |             |                              |             |
| ≤1anno  | 1                           | 12.5%       | -  | -           | 1                            | 5%          |
| 1-5 anni  | 7                           | 87.5%       | 1  | 8.3%        | 8                            | 40%         |
| 6-10 anni   | -                           | -           | 4  | 33.4%       | 4                            | 20%         |
| 11-15 anni  | -                           | -           | 2  | 16.7%       | 2                            | 10%         |
| >15 anni  | -                           | -           | 5  | 41.6%       | 5                            | 25%         |
| <b>Unità Operative precedenti</b>                                 |                             |             |  |             |                              |             |
| Area Medica   | 5                           | 62.5%       | 5  | 41.6%       | 10                           | 50%         |
| Area Chirurgica   | -                           | -           | -  | -           | -                            | -           |
| Area Psichiatrica   | 2                           | 25%         | 2  | 16.7%       | 4                            | 20%         |
| Area Materno-Infantile  | 1                           | 12.5%       | 5  | 41.6%       | 6                            | 30%         |

## ALLEGATO N° 9

**Tabella n°1: Mi può parlare delle emozioni che ha provato in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito ricoverato al centro per i DCA?**

| <b>Emozioni provate dagli infermieri in conseguenza a un comportamento autolesionista di un assistito con DCA</b> | Intervista 1 | Intervista 2 | Intervista 3 | Intervista 4 | Intervista 5 | Intervista 6 | Intervista 7 | Intervista 8 | Intervista 9 | Intervista 10 | Intervista 11 | Intervista 12 | Intervista 13 | Intervista 14 | Intervista 15 | Intervista 16 | Intervista 17 | Intervista 18 | Intervista 19 | Intervista 20 | Freq. assoluta | %   |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|-----|
| Incomprensione  | X            | X            | X            |              |              | X            |              |              | X            |               |               |               | X             |               |               |               | X             |               | X             |               | 8              | 40% |
| Senso di colpa/ sconfitta   |              |              |              | X            |              |              | X            | X            |              |               |               | X             |               | X             |               |               |               |               | X             | X             | 7              | 35% |
| Rabbia  |              | X            |              | X            | X            | X            |              | X            |              |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               | X             | 6              | 30% |
| Tristezza / dispiacere  |              |              |              |              | X            |              |              |              | X            | X             |               |               | X             |               | X             |               |               |               |               | X             | 6              | 30% |
| Mi sento a disagio/non vorrei trovarmi li   | X            |              |              |              |              |              | X            | X            |              |               |               | X             |               |               |               | X             |               |               |               |               | 5              | 25% |
| Spavento / paura  | X            |              |              |              |              | X            |              |              |              |               |               |               | X             |               |               |               | X             |               | X             |               | 5              | 25% |
| Impotente / disarmato   |              |              | X            |              | X            |              | X            | X            |              |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               | 4              | 20% |
| L'accaduto mi fa stare male   | X            |              |              |              |              |              |              | X            |              |               |               | X             |               |               | X             |               |               |               |               |               | 4              | 20% |
| Pena  |              | X            |              |              |              |              |              | X            |              | X             |               |               |               |               | X             |               |               |               |               |               | 4              | 20% |
| Accatteezione   |              |              | X            |              |              |              |              |              |              | X             |               |               |               |               |               |               |               |               | X             |               | 3              | 15% |
| Adrenalina  |              |              |              | X            |              |              |              |              |              |               |               |               | X             |               |               |               |               |               |               |               | 2              | 10% |
| Ansia   |              |              |              |              |              |              |              |              | X            |               |               |               |               |               |               |               | X             |               |               |               | 2              | 10% |
| Curiosità / desiderio di capire il perchè   |              | X            |              |              |              |              |              |              |              |               |               |               |               |               |               |               | X             |               |               |               | 2              | 10% |
| Non provo niente  | X            |              |              |              |              |              |              |              |              |               | X             |               |               |               |               |               |               |               |               |               | 2              | 10% |
| Fastidio  |              |              |              |              |              |              |              |              |              |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               | X             | 1              | 5%  |









