Deumanizzazione dei pazienti nei contesti medici

Dora Capozza, Rossella Falvo, Daiana Colledani[*]

Nei contesti medici – ospedali, case di riposo, ambulatori – abbiamo assistito non di rado a episodi che ci hanno colpito sfavorevolmente: spesso gli infermieri usano il "tu" quando si rivolgono ai pazienti ricoverati; talora mostrano una gentilezza eccessiva che dà apprensione perché sembra mascherare sentimenti diversi. Inoltre, nell'ambito della ricerca psicosociale, condotta negli Stati Uniti, si è trovato che i medici bianchi tendono a fornire meno informazioni sulla cura ai pazienti neri che ai pazienti bianchi (Dovidio et al. 2016). Una delle cause di questi comportamenti che svalutano il paziente può essere la tendenza, inconsapevole, ad assegnare ai pazienti, o ai membri dell'altro gruppo etnico, uno status umano inferiore.

In questo lavoro riporteremo le teorie psicosociali più importanti della deumanizzazione di persone e gruppi; analizzeremo le cause, funzionali e non-funzionali, della deumanizzazione dei pazienti; analizzeremo studi che testimoniano l'atteggiamento deumanizzante del personale sanitario e ne discuteremo le conseguenze. Proporremo, infine, la possibilità che la deumanizzazione dei gruppi estranei possa essere uno dei fattori che portano i medici bianchi a fornire un trattamento meno attento ai pazienti neri che ai pazienti bianchi.

[*] Università di Padova.

1. *Prospettive teoriche nello studio della deumanizzazione*

Si deve al gruppo di ricerca diretto da Leyens (Leyens et al. 2007) il fiorire degli studi psicosociali sulla deumanizzazione in questi ultimi 20 anni. In numerosi esperimenti Leyens e collaboratori hanno usato come stimoli emozioni secondarie, come orgoglio e vergogna, che, anche nel pensiero comune, sono ritenute specifiche degli esseri umani perché cognitivamente complesse. Le emozioni primarie invece, come gioia e rabbia, sono ritenute comuni a esseri umani e altri animali. Leyens e colleghi hanno rilevato come si tenda ad attribuire più emozioni secondarie ai gruppi a cui si appartiene (*ingroup*) che ai gruppi estranei (*outgroup*). Non si differenzia, invece, tra *ingroup* e *outgroup* per le emozioni primarie. L'effetto trovato, definito infraumanizzazione, mette in luce l'inclinazione ad assegnare ai gruppi estranei uno status umano inferiore. L'effetto riguarda una grande varietà di *outgroup*: nazionali, etnici, gruppi stigmatizzati, minoranze sessuali (si veda la rassegna di Haslam e Loughnan 2014; si veda anche Haslam e Stratemeyer 2016). Identificato, usando come stimoli le emozioni, l'effetto di infraumanizzazione si rileva anche quando *ingroup* e *outgroup* sono valutati su tratti unicamente umani, come moralità e razionalità, e non-unicamente umani, come istinto e impulsività (Capozza et al. 2013; per un approfondimento teorico sull'infraumanizzazione si veda anche Albarello in questo numero).

In un approccio successivo, Haslam (2006) ha introdotto il costrutto di tratti che costituiscono l'essenza della specie umana, come il calore interpersonale, la curiosità, la reattività emotiva (tratti della natura umana). Si tratta di caratteristiche che gli esseri umani possono condividere con altri animali. La negazione degli attributi distintivi dell'umanità è la premessa di un tipo di deumanizzazione che Haslam definisce animalistica: il target – persona o gruppo – è assimilato all'animalità. La negazione dei tratti inclu-

si nella natura umana è la premessa di un tipo di deumanizzazione che Haslam definisce meccanicistica: il target, percepito incapace di emozioni e reattività, è assimilato a una macchina o robot. La ricerca ha confermato la validità di questa distinzione; i gruppi, infatti, possono essere assimilati ad animali, talora vengono oggettivati o percepiti come macchine o automi. Jack, Dawson e Norr (2013) hanno dimostrato che i due tipi di deumanizzazione hanno correlati neurologici diversi (per ulteriori conferme della suddetta distinzione si veda Morris, Goldenberg, e Boyd 2018; per un approfondimento teorico si veda Albarello in questo numero).

La ricerca ha mostrato come infraumanizzazione e deumanizzazione generino comportamenti negativi nei confronti dell'*outgroup*. L'attribuzione all'*outgroup* di uno status umano inferiore può portare infatti a evitarlo o ad aggredirlo; può frenare i comportamenti di aiuto. L'infraumanizzazione può essere usata per giustificare atti di violenza progettati o eseguiti nei confronti di un gruppo estraneo (per le conseguenze della deumanizzazione, si veda Haslam e Loughnan 2014; Haslam e Stratemeyer 2016).

Un ulteriore approccio teorico si collega al costrutto di teoria della mente (Gray, Gray, e Wegner 2007). Gray e collaboratori hanno mostrato come le attribuzioni di mente si articolino in due fattori: a un target si può attribuire *agency*, cioè capacità di autocontrollo e pianificazione dell'azione; a un target si può attribuire *experience*, cioè capacità di provare desideri ed emozioni. Il concetto di *agency* equivale a quello di unicità umana; i tratti inclusi in *experience* corrispondono – in parte – a quelli di natura umana. In questo approccio, deumanizzare significa dementalizzare, cioè non attribuire al target *agency* ed *experience*. La negazione di stati mentali a certi gruppi è stata dimostrata con varie tecniche, ad esempio usando la risonanza magnetica funzionale. Si è trovato che, quando i partecipanti osservano immagini di membri di gruppi stigmatizzati (drogati o senzatetto), non

si attivano le aree cerebrali responsabili dell'attribuzione di stati mentali (Harris e Fiske 2006)[1].

La prospettiva basata sulla teoria della mente è interessante perché Gray e colleghi (ad es., Gray et al. 2007) hanno analizzato la relazione tra giudizi di *agency* ed *experience* e quelli di moralità. Le persone e i gruppi, a cui si attribuisce *agency*, sono percepiti "agenti morali," cioè capaci di moralità; le persone e i gruppi, a cui si attribuisce *experience*, sono percepiti "pazienti morali," cioè soggetti che hanno il diritto di non essere offesi. Se ai pazienti si nega *experience*, i bisogni che sentono possono essere trascurati, la loro riduzione a oggetti può favorire cure meno accurate.

1. Nella ricerca psicosociale, la risonanza magnetica può essere usata per varie ragioni. Talora, la valutazione di un gruppo può essere decisamente negativa. I senzatetto, ad esempio, possono essere percepiti oggetti, non esseri umani. Se si usano misure dirette come gli item di un questionario, tale immagine può non essere rilevata, perché le misure dirette sono influenzate dal *bias* di desiderabilità sociale. Anche le misure implicite (ad es., l'Implicit Association Test; Greenwald et al. 2009) non risultano immuni ai tentativi di *faking* (Gawronski 2009). Se si teme che le risposte possano essere alterate, si può usare la risonanza magnetica. L'ipotesi di oggettivazione risulta confermata dalla non-attivazione della corteccia prefrontale mediale (mPFC), quando si osservano esemplari del gruppo emarginato (Harris e Fiske 2006; la mPFC si attiva quando si pensa a persone, non quando si pensa ad oggetti). L'uso della risonanza magnetica può anche consentire di verificare ipotesi relative ad un effetto (ad es., la pena prodotta dall'esclusione sociale), quando è noto il substrato neurale dell'effetto (la corteccia cingolata anteriore, ACC, substrato del dolore fisico e sociale). Krill e Platek (2009) hanno rilevato che, come previsto, i partecipanti mostravano una maggiore attivazione dell'ACC, quando esclusi da membri dell'*ingroup* (da cui ci si aspetta altruismo e cooperazione; Brewer e Caporael 1990) che quando esclusi da membri dell'*outgroup*.

La risonanza magnetica può essere, inoltre, impiegata per verificare l'ipotizzata distinzione tra costrutti affini. Bruneau et al. (2018) hanno dimostrato, ad esempio, che la deumanizzazione (animalistica) esplicita e l'apprezzamento (*liking*) attivano aree cerebrali diverse (per l'uso della risonanza magnetica al fine di dimostrare distinzioni concettuali, si veda anche Jack et al. 2013).

Nei suddetti approcci, la deumanizzazione è misurata indirettamente: ai partecipanti si chiede di assegnare a persone o gruppi caratteristiche associate all'umanità, non si chiede di esprimere un giudizio diretto sull'umanità del target. I partecipanti non sono, quindi, consapevoli di esprimere giudizi di umanità. Recentemente, comunque, è stata proposta una misura esplicita (Kteily et al. 2015). Si è usato il noto grafico dell'evoluzione umana articolato in cinque figure: a un estremo è rappresentata la scimmia, all'altro l'essere umano della società moderna. I partecipanti giudicano il grado di evoluzione del target collocandolo su un punto del *continuum*. Tale misura è raramente applicata negli studi in ambito medico (si veda, comunque, per la deumanizzazione dei malati mentali, Boysen et al. 2019). Nella maggioranza dei lavori si sono usate misure indirette; il personale addetto alle cure non è consapevole delle attribuzioni di umanità che esprime.

2. *Cause funzionali e non-funzionali della deumanizzazione dei pazienti*

Haque e Waytz (2012) hanno individuato cause funzionali e non-funzionali della deumanizzazione dei pazienti. Relativamente alle cause funzionali, la deumanizzazione serve a facilitare le cure e la soluzione del caso clinico. Relativamente alle cause non-funzionali, si tratta di fattori legati alla condizione di essere malati o ricoverati; la deumanizzazione, che deriva da tali fattori, non ha la funzione immediata di agevolare i compiti di cura.

Una causa non-funzionale è intrinseca alla condizione di essere malati. La minore indipendenza nell'azione e nel realizzare i propri obbiettivi, a causa ad esempio di malattie dell'apparato motorio, respiratorio, di trattamenti oncologici debilitanti, può indurre la percezione che i pazienti, caratterizzati da minor *agency*, siano meno definiti in genere dai tratti distintivi dell'umanità, come razionalità e autocontrollo.

Un'altra causa non-funzionale della deumanizzazione è la dissimilarità che gli operatori sanitari percepiscono tra la propria categoria e quella dei pazienti (per la relazione tra dissimilarità e deumanizzazione, si veda McDonald et al. 2017). Le due categorie sono percepite diverse perché gli operatori sanitari si vedono caratterizzati più dei pazienti da funzionamento psicofisico sano e armonioso: un attributo incluso nel prototipo di umanità (Haque e Waytz 2012). Inoltre, anche se operatori e pazienti hanno potere reciproco, il potere degli operatori è maggiore.

Un'ultima causa non-funzionale di deumanizzazione è che, nei contesti ospedalieri, i pazienti sono accomunati da vari fattori, come essere sofferenti e indossare indumenti simili. Tale assimilazione (deindividuazione) inibisce la ricerca di attributi idiosincratici e, quindi, la scoperta di capacità di ragionamento sofisticato e provare emozioni complesse.

La deumanizzazione può avere anche cause funzionali. Può essere usata per facilitare la soluzione del caso clinico. Nel personale medico, il fatto di focalizzarsi su una parte del corpo senza pensare agli stati mentali del paziente può favorire l'identificazione della causa del sintomo e, quindi, la diagnosi. Sono significativi, a questo proposito, alcuni studi condotti con medici che praticano l'agopuntura. Tali partecipanti, esaminati con la risonanza magnetica, nello scanner osservavano video di aghi inseriti in punti diversi del corpo umano. Si è trovato che, in tale campione, le aree cerebrali interessate all'empatia per il dolore erano meno attive che nel campione di controllo, costituito di partecipanti non-medici. Probabilmente, i medici agopuntori avevano appreso a inibire l'empatia per focalizzarsi sul compito clinico e ottenere una prestazione migliore (Cheng et al. 2007).

Medici e infermieri possono usare la deumanizzazione anche per ridurre lo stress che deriva dal fatto di percepire la sofferenza dei pazienti. La riduzione dello stress può portare a benessere e maggior *work engagement*, cioè maggior dedizione e interesse per il proprio lavoro (per il concetto di *work*

engagement, si veda Schaufeli et al. 2002). A questo proposito, Cameron, Harris e Payne (2016) hanno trovato che il fatto di prevedere esaurimento emotivo, come conseguenza del fornire aiuto a una persona emarginata (un senzatetto con gravi disturbi psichici e fisici), porti a deumanizzare il target. La deumanizzazione, attenuando lo stress, consente di affrontare l'interazione problematica.

3. *Deumanizzazione dei pazienti: evidenza empirica*

Non sono molti gli studi che hanno investigato l'inclinazione a deumanizzare i pazienti. Capozza et al. (2015) hanno esaminato oncologi e infermieri che lavoravano in reparti di oncologia. I partecipanti giudicavano la loro categoria professionale e quella dei pazienti oncologici su tratti unicamente umani (ad es., razionalità e autocontrollo) e non-unicamente umani (ad es., istinto e impulsività). Si sono trovati effetti di infraumanizzazione, cioè sia i medici sia gli infermieri percepivano la categoria dei pazienti come meno caratterizzata della propria dai tratti distintivi dell'umanità. Risultati simili sono stati rilevati quando il campione comprendeva infermieri che lavoravano in vari reparti ospedalieri, come cardiologia, emodialisi, chirurgia, terapia intensiva (Falvo et al. 2019; Trifiletti et al. 2014).

Relativamente alla malattia psichica (per un approfondimento teorico delle pratiche deumanizzanti verso i pazienti psichiatrici, si veda anche Peloso in questo numero), Cage, Di Monaco e Newell (2019), considerando un campione inglese eterogeneo composto da studenti e adulti, hanno trovato che le persone autistiche sono percepite come meno caratterizzate di quelle non-autistiche dai tratti unici dell'umanità. Le due categorie non sono percepite invece diverse per i tratti della natura umana (ad es., curiosità, impazienza, agitazione). L'attribuzione dei tratti della natura umana è stata rilevata anche per i malati oncologici (Capozza et al.

2015) e per i malati mentali in genere (Capozza e Di Bernardo 2016). Sembra, dunque, che alle persone sofferenti si assegnino meno che alle sane i tratti unici dell'umanità: si percepisce la malattia come un retrocedere verso l'animalità. Nei pochi studi in cui si sono misurati i tratti della natura umana non sono stati trovati, invece, effetti di deumanizzazione meccanicistica.

4. *Una causa funzionale della deumanizzazione, la riduzione dello stress: evidenza empirica*

In uno studio di Vaes e Muratore (2013) ai partecipanti – operatori sanitari che lavoravano in centri oncologici – si presentava un caso clinico fittizio: una donna con tumore terminale allo stomaco. I partecipanti dovevano inferire le reazioni emotive della paziente alla sua condizione. Si è trovato che maggiore il numero delle emozioni unicamente umane attribuite alla paziente, più forti erano le percezioni di *burnout*. L'aspettativa invece di emozioni non-unicamente umane era associata a più intenso *work engagement*. La deumanizzazione del paziente può produrre, dunque, energia e dedizione al proprio lavoro; ai pazienti, di conseguenza, si possono fornire cure più attente e accurate.

I risultati di Vaes e Muratore (2013) sono stati replicati da Trifiletti e colleghi (2014) e Falvo e colleghi (2019), che hanno esaminato infermieri attivi in reparti ospedalieri diversi. È interessante osservare come l'associazione tra deumanizzazione e minore stress non sia un effetto generale, ma riguardi alcune categorie di operatori sanitari, ad esempio gli operatori che hanno maggior contatto con i pazienti (Vaes e Muratore 2013) e quelli meno caratterizzati da attaccamento sicuro (Falvo et al. 2019). Quest'ultimo risultato deriva da ipotesi collegate alla teoria dell'attaccamento (Bowlby 1982). Secondo tale teoria, gli individui nascono con un repertorio di comportamenti (*attachment behavioral*

system) che assicura la vicinanza ad altre persone per ottenere protezione e sicurezza. Quando tali comportamenti raggiungono ripetutamente l'obbiettivo, si sviluppa un senso di sicurezza che favorisce l'esplorazione e la socialità. Vi sono differenze individuali nel funzionamento di tale sistema (oltre all'attaccamento sicuro, vi è, ad esempio, quello ansioso). Nel caso dell'attaccamento sicuro, gli individui, oltre ad avere un'immagine positiva di sé e degli altri, sono capaci di usare strategie efficaci per gestire gli eventi stressanti (Mikulincer e Shaver 2015). Non stupisce, quindi, che la relazione deumanizzazione-minore stress riguardi gli operatori meno sicuri, meno capaci di affrontare la sofferenza dei pazienti e i carichi di lavoro eccessivi.

Ma la deumanizzazione del paziente è veramente una strategia che consente di svolgere più efficacemente il proprio lavoro? Gli studi – negli Stati Uniti – sulle interazioni mediche, che sono disarmoniche da un punto di vista etnico (il paziente è nero, il medico non è nero), hanno mostrato come il pregiudizio implicito (inconsapevole) dei medici verso i neri produca nei pazienti sfiducia e insoddisfazione (Blair et al. 2013). I pazienti probabilmente inferiscono il pregiudizio da componenti non-verbali (ad es., distanza nell'interagire) e paraverbali (ad es., rapidità del discorso) della comunicazione (Hagiwara e Dent 2016).

Le percezioni deumanizzanti (inconsapevoli) dovrebbero dunque influenzare i pazienti più degli atteggiamenti espliciti, controllati, generando nei pazienti sfiducia e ridotta adesione alle cure. La deumanizzazione dunque, da un lato, attenuando lo stress, può favorire il benessere del personale sanitario, dall'altro, incrinando il rapporto terapeutico, può avere effetti nocivi sul benessere e la salute dei pazienti.

Si è trovato, inoltre, come la negazione a una persona dei tratti della natura umana (deumanizzazione meccanicistica) evochi in lei tristezza e riduca la sua flessibilità cognitiva. La negazione, invece, dei tratti unicamente umani (deumanizzazione animalistica) evoca vergogna (e tristez-

za) e riduce la flessibilità cognitiva nelle persone con non-elevata autostima (Zhang et al. 2017). La deumanizzazione del paziente non è dunque una strategia adattiva, perché può incrinare il rapporto terapeutico e impoverire le capacità cognitive dei pazienti.

5. *Una causa funzionale della deumanizzazione: la soluzione del caso clinico*

È interessante, a questo proposito, considerare gli studi di Jack et al. (2013). Questi autori hanno usato la risonanza magnetica funzionale. Nello scanner i partecipanti vedevano raffigurazioni di persone; una voce le descriveva come definite da tratti unicamente umani o da tratti della natura umana. Tali stimoli attivavano il *default mode network* (DMN) e deattivavano il *task positive network* (TPN). Il DMN è un'ampia rete di regioni cerebrali che si attiva quando l'individuo pensa agli stati mentali propri o altrui. Il TPN è invece una rete di aree che si attiva quando l'individuo svolge compiti che richiedono attenzione e memoria. Le due reti tendono a essere correlate negativamente, cioè i compiti di ragionamento sociale attivano il *default network* e deattivano il *task positive network*; viceversa, i compiti di ragionamento non-sociale attivano il *task positive network* e deattivano il *default network*. Allora, i medici non possono contemporaneamente considerare gli stati mentali dei pazienti e formulare diagnosi o pianificare protocolli di cura.

Nello stesso esperimento ai partecipanti si mostravano raffigurazioni di persone e interazioni, descritte come rigide, fredde e impersonali (deumanizzazione meccanicistica). Tali raffigurazioni deattivavano sia la rete del ragionamento sociale sia quella del ragionamento orientato al compito. La percezione del paziente come un oggetto o entità meccanica non dovrebbe facilitare dunque la soluzione del caso clinico. Si mostravano, infine, tre diagram-

mi, accompagnati da descrizioni scientifiche del cuore, dell'attività del cervello e di un noto fenomeno di attenzione. Questi stimoli deattivavano l'area del ragionamento sociale e attivavano quella del ragionamento non-sociale. Sembra dunque che, quando i medici affrontano un problema clinico (ad es., esaminano i risultati di una risonanza magnetica o realizzano un intervento con il laser), non abbiano le risorse per considerare anche gli stati mentali del paziente. Il paziente si sente deumanizzato, non percepisce empatia. Ma l'empatia dei medici ha effetti positivi nella pratica clinica.

6. *Gli effetti dell'empatia*

Provare empatia per una persona significa preoccuparsi del suo benessere, cercare di capire i suoi pensieri, avere consapevolezza di quello che sente (Decety e Fotopoulou 2015). La ricerca nel campo dei rapporti intergruppi ha mostrato come l'empatia sia correlata positivamente a percezioni umanizzanti dei membri dell'*outgroup* in cui si scoprono emozioni e abilità unicamente umane (Capozza et al. 2013). Dal punto di vista del target, la percezione di essere capiti si traduce probabilmente nella percezione di essere visti non come oggetti ma esseri umani.

Nel caso delle interazioni mediche, la ricerca ha dimostrato come la comunicazione empatica tra medico e paziente sia associata, ad esempio, a una più stretta aderenza alle cure e, nei pazienti diabetici, a un maggior controllo della emoglobina A1c (Decety e Fotopoulou 2015).

L'empatia del medico influenza dunque positivamente la salute del paziente; ma, come si è detto, quando i medici cercano di formulare una diagnosi o programmano un protocollo di cura non sono in grado di pensare agli stati mentali dei pazienti (Jack et al. 2013). Haque e Waytz (2012) hanno proposto di risolvere questa incompatibilità, istruendo i medici

a essere empatici in certi contesti clinici (ad esempio, prima di leggere davanti al paziente i risultati di una TAC) e di focalizzarsi sul compito in altri (ad esempio, quando leggono le immagini della TAC o programmano la terapia).

7. *Differenze etniche e incontri clinici*

Negli Stati Uniti una percentuale elevata di neri ha incontri clinici con medici non-neri (interazioni disarmoniche sul piano etnico); i medici neri sono infatti sottorappresentati nella popolazione statunitense. Quando nella ricerca si confrontano le interazioni armoniche (medico e paziente non sono neri) con quelle disarmoniche, si trova che in queste ultime: il paziente partecipa meno al processo decisionale; i medici impiegano meno tempo nel fornire informazioni; l'interazione risulta dominata verbalmente dal medico (Hagiwara e Dent 2016).

Tale disparità nella comunicazione, quando il paziente è nero o non è nero, sono determinate dal pregiudizio etnico implicito dei medici (Dovidio et al. 2016). I pazienti intuiscono la valutazione negativa da elementi della comunicazione, come la dominanza verbale del medico nell'interazione (Hagiwara e Dent 2016). Ne conseguono ridotta fiducia nel trattamento programmato e scarsa aderenza alla cura (Penner et al. 2016), con effetti negativi sulla salute del paziente.

Il pregiudizio implicito dei medici danneggia, dunque, il rapporto terapeutico e la salute dei pazienti neri. La ricerca futura dovrà considerare gli effetti che, nelle relazioni cliniche disarmoniche, ha la deumanizzazione della minoranza etnica (per l'associazione implicita tra neri e animalità, negli Stati Uniti, si veda Goff et al. 2008). La ricerca futura dovrà inoltre considerare altre relazioni cliniche etnicamente disarmoniche, ad esempio nei paesi dell'Europa occidentale la relazione tra operatori sanitari appartenenti alla comunità che ospita e pa-

zienti immigrati. Anche per tale relazione si possono ipotizzare discriminazioni dovute a pregiudizio e percezioni deumanizzanti delle comunità immigrate.

8. *Considerazioni conclusive*

La teoria e la ricerca psicosociali hanno circoscritto cause non-funzionali e funzionali della deumanizzazione del paziente. L'obbiettivo attuale è di identificare interventi in grado di rimuovere o attenuare tali cause.

Abbiamo visto come la deumanizzazione del paziente risulti associata, nel personale di cura, a più bassi livelli di stress e *burnout*. La deumanizzazione, comunque, può alleviare lo stress, ma può anche deteriorare il rapporto terapeutico e danneggiare il funzionamento emotivo-cognitivo del paziente. Conviene, quindi, sostenere il personale agendo sul contesto organizzativo (Capozza et al., 2016). In uno studio (Zanola 2019), condotto con infermieri in vari istituti di cura, si è trovato che la percezione di disporre di una certa autonomia nello svolgimento del proprio lavoro era associata sia a più bassi livelli di *burnout* (sensazioni di esaurimento) sia a più bassi livelli di deumanizzazione. La non-chiara divisione dei compiti e il sovraccarico lavorativo erano correlati invece positivamente con esaurimento e deumanizzazione. Benessere dei dipendenti e percezioni umanizzanti dei pazienti risultano dunque associate alle caratteristiche dell'organizzazione (alle risorse che offre e richieste che pone; teoria *job demands-resources* di Bakker e Demerouti 2017), caratteristiche che possono essere modulate in modo da agevolare il lavoro dei dipendenti (va notato come lo stesso personale sanitario consideri la presenza di condizioni di lavoro adeguate un fattore che promuove l'umanizzazione delle cure; si veda Busch et al. 2019).

Abbiamo visto come la diagnosi e l'intervento clinico siano incompatibili con la considerazione degli stati mentali dei pazienti. Ma l'atteggiamento empatico influenza il

benessere e la salute dei pazienti. Haque e Waytz (2012) hanno consigliato di risolvere questa incompatibilità alternando – con lo stesso paziente – l'incontro empatico (che esprime attribuzioni umanizzanti) con quello non-empatico, in cui il medico si focalizza sul compito clinico. Ma le persone variano nel grado in cui sono capaci di empatia. Inoltre, negli Stati Uniti, è stato trovato un calo dell'empatia negli studenti di medicina, quando iniziano il tirocinio e fanno le prime esperienze con pazienti. Sono stati costruiti, quindi, interventi formativi che consentano di promuovere il sentire empatico. Un intervento è il *That Dragon, Cancer*, un *video game* creato da Ryan e Amy Green (Chen et al. 2018). In esso si racconta del loro figlio Joel, colpito a un anno da una forma rara di tumore cerebrale, morto successivamente a quattro anni. Il partecipante naviga in ambienti diversi ascoltando la narrazione dei Green e interagendo con Joel. Chen e colleghi hanno trovato che il punteggio medio di empatia (caratteristica di differenza individuale) cresceva dopo l'esperienza del *video game* (i partecipanti erano studenti di medicina). È interessante come gli studenti ritenessero più efficace imparare l'empatia tramite *video game* che tramite metodi didattici tradizionali.

Recentemente sono stati pubblicati i risultati di uno studio longitudinale, eseguito negli Stati Uniti con studenti di medicina non-neri (Onyeador et al. 2020); i partecipanti erano esaminati tre volte nell'arco di sei anni. Il solo fattore che influenzava positivamente l'atteggiamento implicito ed esplicito verso i neri, durante la specializzazione post-laurea, era il contatto con i neri prima e durante l'università. Il contatto positivo può dunque migliorare la qualità delle cure che i neri ricevono dai medici non-neri. I programmi di insegnamento che riguardano le diversità culturali (*diversity education*) non avevano invece alcun effetto sul pregiudizio. Questi risultati possono essere generalizzati al contesto sociale italiano, dove la relazione medica intergruppi problematica è quella tra medici italiani e pazien-

ti immigrati. Il pregiudizio verso gli immigrati – che può impoverire il rapporto terapeutico – può essere attenuato favorendo il contatto con gli immigrati prima e durante gli studi universitari.

Abbiamo proposto, quindi, interventi che possono promuovere percezioni umanizzanti dei pazienti[2]. La ricerca futura dovrà: approfondire quali siano gli effetti della deumanizzazione sul funzionamento cognitivo-emotivo dei pazienti; confermare l'utilità dei *video game* per addestrare il personale medico all'empatia; esaminare il ruolo che la deumanizzazione dei gruppi estranei ha nelle interazioni in cui è presente disarmonia etnica.

Riferimenti bibliografici

Bakker, Arnold B., and Evangelia Demerouti. 2017. "Job Demands-Resources Theory: Taking Stock and Looking Forward." *Journal of Occupational Health Psychology* 22(3):273-285. doi:10.1037/ocp0000056.

Blair, Irene V., John F. Steiner, Diane L. Fairclough, Rebecca Hanratty, David W. Price, Holen K. Hirsh, Leslie A. Wright, Michael Bronsert, Elhum Karimkhani, David J. Magid, and Edward P. Havranek. 2013. "Clinicians' Implicit Ethnic/Racial Bias and Perceptions of Care among Black and Latino Patients." *Annals of Family Medicine* 11(1):43-52. doi:10.1370/afm.1442.

Bowlby, John. 1982. *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). New York, NY: Basic Books. Original work published 1969.

Boysen, Guy A., Raina A. Isaacs, Lori Tretter, and Sydnie Markowski. 2019. "Evidence for Blatant Dehumanization of Mental Illness and Its Relation to Stigma." *Journal of Social Psychology* 25:1-11. doi:10.1080/00224545.2019.1671301.

2. Rispetto alle cause non-funzionali della deumanizzazione, il ricovero dei pazienti in stanze con non più di due letti potrebbe favorire la scoperta dei loro attributi idiosincratici e ridurre quindi l'effetto di deindividuazione.

Brewer, Marilynn B., and Linnda R. Caporael. 1990. "Selfish Genes vs. Selfish People: Sociobiology as Origin Myth." *Motivation and Emotion* 14(4):237-243. doi:10.1007/BF00996182.

Bruneau, Emile, Nir Jacoby, Nour Kteily, and Rebecca Saxe. 2018. "Denying Humanity: The Distinct Neural Correlates of Blatant Dehumanization." *Journal of Experimental Psychology: General* 147(7):1078-1093. doi:10.1037/xge0000417.

Busch, Isolde M., Francesca Moretti, Giulia Travaini, Albert W. Wu, and Michela Rimondini. 2019. "Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review." *Patient* 12(5):1-14. doi:10.1007/s40271-019-00370-1.

Cage, Eilidh, Jessica Di Monaco, and Victoria Newell. 2019. "Understanding, Attitudes and Dehumanisation towards Autistic People." *Autism* 23(6):1373-1383. doi:10.1177/1362361318811290.

Cameron, C. Daryl, Lasana T. Harris, and B. Keith Payne. 2016. "The Emotional Cost of Humanity: Anticipated Exhaustion Motivates Dehumanization of Stigmatized Targets." *Social Psychological and Personality Science* 7(2):105-112. doi:10.1177/1948550615604453.

Capozza, Dora, and Gian Antonio Di Bernardo. 2016. [Humanity Attributions to Mental Patients]. Unpublished raw data.

Capozza, Dora, Rossella Falvo, Jessica Boin, and Daiana Colledani. 2016. "Dehumanization in Medical Contexts: An Expanding Research Field." *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology* 23(4):545-559. doi:10.4473/TPM23.4.8.

Capozza, Dora, Elena Trifiletti, Loris Vezzali, and Irene Favara. 2013. "Can Intergroup Contact Improve Humanity Attributions?." *International Journal of Psychology* 48(4):527-541. doi:10.1080/00207594.2012.688132.

Capozza, Dora, Emilio Paolo Visintin, Rossella Falvo, and Ines Testoni. 2015. "Deumanizzazione Del Paziente Oncologico Nei Contesti Medici." *Salute e Società* 14(2):74-86. doi:10.3280/SES2015-002006.

Chen, Andrew, Jessie J. Hanna, Adithya Manohar, and Anthony Tobia. 2018. "Teaching Empathy: The Implementation of a Video Game into a Psychiatry Clerkship Curriculum." *Academic Psychiatry* 42(3):362-365. doi:10.1007/s40596-017-0862-6.

Cheng, Yawei, Ching Po Lin, Ho Ling Liu, Yuan Yu Hsu, Kun Eng Lim, Daisy Hung, and Jean Decety. 2007. "Expertise Modulates the Perception of Pain in Others." *Current Biology* 17(19):1708-1713. doi:10.1016/j.cub.2007.09.020.

Decety, Jean, and Aikaterini Fotopoulou. 2015. "Why Empathy Has a Beneficial Impact on Others in Medicine: Unifying Theories." *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 8:1-11. doi:10.3389/fnbeh.2014.00457.

Dovidio, John F., Susan Eggly, Terrance L. Albrecht, Nao Hagiwara, and Louis A. Penner. 2016. "Racial Biases in Medicine and Healthcare Disparities." *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology* 23(4):489-510. doi:10.4473/TPM23.4.5.

Falvo, Rossella, Daiana Colledani, and Dora Capozza. 2019. "Secure Attachment as a Moderator of the Relationship between Patient Dehumanization and Burnout." Department of Philosophy, Sociology, Education and Applied Psychology, University of Padua, Padua, Italy. Unpublished manuscript.

Gawronski, Bertram. 2009. "Ten Frequently Asked Questions about Implicit Measures and Their Frequently Supposed, but Not Entirely Correct Answers." *Canadian Psychology* 50(3):141-150. doi:10.1037/a0013848.

Greenwald, Anthony G., T. Andrew Poehlman, Eric Luis Uhlmann, and Mahzarin R. Banaji. 2009. "Understanding and Using the Implicit Association Test: III. Meta-Analysis of Predictive Validity." *Journal of Personality and Social Psychology* 97(1):17-41. doi:10.1037/a0015575.

Goff, Phillip Atiba, Jennifer L. Eberhardt, Melissa J. Williams, and Matthew Christian Jackson. 2008. "Not Yet Human: Implicit Knowledge, Historical Dehumanization, and Contemporary Consequences." *Journal of Personality and Social Psychology* 94(2):292-306. doi:10.1037/0022-3514.94.2.292.

Gray, Heather M., Kurt Gray, and Daniel M. Wegner. 2007. "Dimensions of Mind Perception." *Science* 315(5812):619-619. doi:10.1126/science.1134475.

Hagiwara, Nao, and Randl Dent. 2016. "Patient-Physician Communication during Racially Discordant Medical Interactions: Limitations with the Current Coding Systems." *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology* 23(4):511-529. doi:10.4473/TPM23.4.6.

Haque, Omar Sultan and Adam Waytz. 2012. "Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions." *Perspectives on Psychological Science* 7(2):176-186. doi:10.1177/1745691611429706.

Harris, Lasana T., and Susan T. Fiske. 2006. "Dehumanizing the Lowest of the Low: Neuroimaging Responses to Extreme out-Groups." *Psychological Science* 17(10):847-853. doi:10.1111/j.1467-9280.2006.01793.x.

Haslam, Nick. 2006. "Dehumanization: An Integrative Review." *Personality and Social Psychology Review* 10(3):252-264. doi:10.1207/s15327957pspr1003_4.

Haslam, Nick, and Steve Loughnan. 2014. "Dehumanization and Infrahumanization." *Annual Review of Psychology* 65:399-423. doi:10.1146/annurev-psych-010213-115045.

Haslam, Nick, and Michelle Stratemeyer. 2016. "Recent Research on Dehumanization." *Current Opinion in Psychology* 11:25-29. doi:10.1016/j.copsyc.2016.03.009.

Jack, Anthony I., Abigail J. Dawson, and Megan E. Norr. 2013. "Seeing Human: Distinct and Overlapping Neural Signatures Associated with Two Forms of Dehumanization." *NeuroImage* 79:313-328. doi:10.1016/j.neuroimage.2013.04.109.

Krill, Austen, and Steven M. Platek. 2009. "In-Group and out-Group Membership Mediates Anterior Cingulate Activation to Social Exclusion." *Frontiers in Evolutionary Neuroscience* 1(1):1-7. doi:10.3389/neuro.18.001.2009.

Kteily, Nour, Emile Bruneau, Adam Waytz, and Sarah Cotterill. 2015. "The Ascent of Man: Theoretical and Empirical Evidence for Blatant Dehumanization." *Journal of Personality and Social Psychology* 109(5):901-931. doi:10.1037/pspp0000048.

Leyens, Jacques-Philippe, Stéphanie Demoulin, Jeroen Vaes, Ruth Gaunt, and Maria Paola Paladino. 2007. "Infra-Humanization: The Wall of Group Differences." *Social Issues and Policy Review* 1(1):139-72. doi:10.1111/j.1751-2409.2007.00006.x.

McDonald, Melissa, Roni Porat, Ayala Yarkoney, Michal Reifen Tagar, Sasha Kimel, Tamar Saguy, and Eran Halperin. 2017. "Intergroup Emotional Similarity Reduces Dehumanization and Promotes Conciliatory Attitudes in Prolonged Conflict." *Group Processes and Intergroup Relations* 20(1):125-136. doi:10.1177/1368430215595107.

Mikulincer, Mario, and Phillip R. Shaver. 2015. "Boosting Attachment Security in Adulthood: The 'Broaden-and-Build' Effects of Security-Enhancing Mental Representations and Interpersonal Contexts." Pp. 124-144 in *Attachment theory and research: New directions and emerging themes*, edited by J. A. Simpson and W. S. Rholes. New York, NY: The Guilford Press.

Morris, Kasey Lynn, Jamie Goldenberg, and Patrick Boyd. 2018. "Women as Animals, Women as Objects: Evidence for Two Forms of Objectification." *Personality and Social Psychology Bulletin* 44(9):1302-1314. doi:10.1177/0146167218765739.

Onyeador, Ivuoma N., Natalie M. Wittlin, Sara E. Burke, John F. Dovidio, Sylvia P. Perry, Rachel R. Hardeman, Liselotte N. Dyrbye, Jeph Herrin, Sean M. Phelan, and Michelle van Ryn. 2020. "The Value of Interracial Contact for Reducing Anti-black Bias Among Non-black Physicians: A Cognitive Habits and Growth Evaluation (CHANGE) Study Report." *Psychological Science* 31(1):18-30. doi:10.1177/0956797619879139.

Penner, Louis A., John F. Dovidio, Richard Gonzalez, Terrance L. Albrecht, Robert Chapman, Tanina Foster, Felicity W. K. Harper, Nao Hagiwara, Lauren M. Hamel, Anthony F. Shields, Shirish Gadgeel, Michael S. Simon, Jennifer J. Griggs, and Susan Eggly. 2016. "The Effects of Oncologist Implicit Racial Bias in Racially Discordant Oncology Interactions." *Journal of Clinical Oncology* 34(24):2874-2880. doi:10.1200/JCO.2015.66.3658.

Schaufeli, Wilmar, Marisa Salanova, Vicente González-Romá, and Arnold Bakker. 2002. "The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach." *Journal of Happiness Studies* 3(1):71-92. doi:10.1023/A:1015630930326.

Trifiletti, Elena, Gian Antonio Di Bernardo, Rossella Falvo, and Dora Capozza. 2014. "Patients Are Not Fully Human: A Nurse's Coping Response to Stress." *Journal of Applied Social Psychology* 44(12):768-777. doi:10.1111/jasp.12267.

Vaes, Jeroen, and Martina Muratore. 2013. "Defensive Dehumanization in the Medical Practice: A Cross-Sectional Study from a Health Care Worker's Perspective." *British Journal of Social Psychology* 52(1):180-190. doi:10.1111/bjso.12008.

Zhang, Hong, Darius K. S. Chan, Shiyu Xia, Yuan Tian, and Jiawei Zhu. 2017. "Cognitive, Emotional, and Motivational Con-

sequences of Dehumanization." *Social Cognition* 35(1):18-39. doi:10.1521/soco.2017.35.1.18.

Zanola, Enrico. 2019. "The Multiple Factors Linked to Well-Being in Medical Contexts." Master dissertation, Department of Philosophy, Sociology, Education and Applied Psychology, University of Padua.