

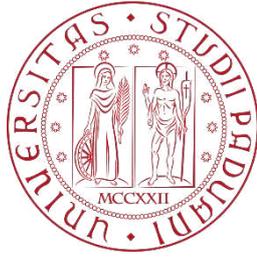
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

**EFFETTI DELLA RELAZIONE EMPATICA E DEL
MATERNAGE NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA
DEL PAZIENTE RICOVERATO NEL SERVIZIO
PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore: Dott. Danieli Andrea

Laureando: Hmad Manel
(matricola n: 2017083)

Anno Accademico 2023-2024



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

**EFFETTI DELLA RELAZIONE EMPATICA E DEL
MATERNAGE NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA
DEL PAZIENTE RICOVERATO NEL SERVIZIO
PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore: Dott. Danieli Andrea

Laureando: Hmad Manel
(matricola n: 2017083)

Anno Accademico 2023-2024

ABSTRACT

Background: nell'ambito della salute mentale il trattamento terapeutico farmacologico è essenziale come lo è anche l'empatia, che non è facoltativa.

Al paziente deve essere riservata la "pillola" empatica; in quanto la variabilità dei trattamenti risulta molto pronunciata.

Una relazione empatica e il "maternage" rivolti al paziente possono portare benefici, maggior evoluzione, maggior collaborazione, maggior compliance da parte del paziente.

Lo scopo di questa tesi è quello di analizzare l'efficacia del rapporto empatico con il paziente, valutando se possa migliorare la qualità della diagnosi, degenza e prognosi del paziente.

A volte i sintomi di un disturbo di salute mentale appaiono come problemi fisici, come dolori addominali, mal di schiena, mal di testa o altri dolori spesso immotivati. In generale, i segni ed i sintomi possono indicare una malattia mentale quando interferiscono con la vita quotidiana: si può avere difficoltà a far fronte allo stress, rabbia o altro.

Nella relazione con il malato l'infermiere si può trovare in difficoltà a gestire delle situazioni difficili e rischiose, sia per lui stesso che per il paziente; fondamentale è che l'operatore sia in possesso di una certa maturità, di una buona conoscenza di sé, di valori personali e di coscienza delle proprie reazioni davanti alle diverse situazioni.

Ma finché parliamo di pazienti psichiatrici con un ricovero in reparto o comunità quindi lasciando da parte situazioni gravi o TSO quello che sostiene questa tesi che l'infermiere non può limitarsi solo a somministrare la terapia farmacologica ma anche la terapia che va oltre i farmaci ovvero l'empatia, l'ascolto, l'attenzione, il dedicare tempo, un sostegno.

Purché la terapia sia efficace bisognerebbe fare in modo di riservare al paziente, oltre alla terapia farmacologica, anche il trattamento empatico.

Fornire un'assistenza completa dal punto di vista psico-fisico, così da trarre benefici visibilmente dai comportamenti del paziente stesso, dalla compliance e avere maggior possibilità e probabilità di raggiungere gli obiettivi terapeutici tramite un percorso più armonioso e collaborante senza complicazioni.

Materiali e metodi: la ricerca è stata effettuata consultando le banche date di interesse medico, infermieristico e sanitario, Pubmed, Scopus, Google Scholar, riviste psichiatriche, articoli psichiatrici, siti internet di natura psichiatrica.

Risultati della ricerca: è stato svolto un lavoro di analisi sui punti fondamentali, ovvero cos'è l'empatia e il maternage, come metterli in atto, l'importanza, l'efficacia, cosa comportano.

Dagli articoli analizzati, è emerso un feedback positivo all'argomento riportato: la risposta è soddisfacente da parte dei pazienti psichiatrici e maggior benefici.

Conclusioni: i risultati ottenuti hanno fornito una risposta positiva, questa tesi supporta la volontà di riportare il valore dell'empatia come, non solo una virtù, ma anche un valore fondamentale di una relazione d'aiuto per riscoprire e valorizzare la storia dei pazienti psichiatrici, sulle capacità, interessi, punti di forza, punti di interesse, dubbi, paure e punti di vista.

Key words: psychiatric, empathy, maternage, empatia psychiatric patient, cura paziente psichiatrico.

INDICE

INTRODUZIONE	Pag.3
CAPITOLO 1: INTRODUZIONE AL PROBLEMA	Pag.5
1.1 I Pazienti Psichiatrici nel corso della storia	Pag.5
1.2 Il Paziente Psichiatrico	Pag.5
1.3 I Disturbi Mentali	Pag.5
1.4 I Sintomi	Pag.6
1.5 Come i malati psichiatrici percepiscono sé stessi	Pag.7
1.6 La problematica	Pag.7
1.7 Legislazione e organizzazione della salute mentale	Pag.9
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI	Pag.11
2.1 Parole chiave e quesiti di ricerca	Pag.11
2.2 Fonti di ricerca	Pag.11
2.3 Criteri di selezione del materiale	Pag.11
CAPITOLO 3: EMPATIA	Pag.13
3.1 Empatia: definizione	Pag.13
3.2 Aspetti psicologici	Pag.17
CAPITOLO 4: MATERNAGE	Pag.19
4.1 Maternage: definizione	Pag.19
4.2 Benefici sul paziente	Pag.20
CAPITOLO 5: CONCLUSIONI	Pag.25
5.1 Valutazione degli articoli analizzati	Pag.25
5.2 Limiti della ricerca	Pag.26
5.3 Obiettivo finale	Pag.26
5.4 Conclusioni	Pag.26
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUZIONE

L'argomento scelto per questo elaborato di tesi riguarda il paziente psichiatrico e il rapporto di relazione empatica con esso da parte degli operatori.

La presa in carico del paziente con disturbi mentali gravi e persistenti rappresenta una missione per l'operatore il quale deve saper comprendere e "reagire" a determinate situazioni.

La scelta del mio argomento è venuta in seguito al tirocinio effettuato presso l'Ospedale Santa Maria della Misericordia (Rovigo), reparto S.P.D.C. (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) che ha segnato in me una già nota, dallo studio in classe, passione per la psichiatria.

L'avvicinarmi al paziente psichiatrico ha fatto sì che conoscessi da vicino storie, punti di vista differenti, talvolta difficili e sofferenti.

Queste dinamiche hanno fatto sì che nascesse in me il desiderio di portare nella mia ricerca un modo per fornire ai pazienti psichiatrici un'assistenza efficace, non solo tramite la terapia farmacologica, ma anche attraverso un supporto empatico adeguato alle esigenze diverse di ognuno.

Lo scopo è sviluppare una relazione empatica che permetterebbe di raccogliere benefici come se fosse una "terapia" in grado di fornire ai degenti psichiatrici un efficiente servizio di assistenza a 360 gradi.

CAPITOLO 1: INTRODUZIONE AL PROBLEMA

1.1 I Pazienti Psichiatrici nel corso della storia.

A seconda dell'epoca e dell'ambiente culturale in cui il soggetto si trovava a vivere c'era un diverso approccio alla malattia psichiatrica. Nell'antico Egitto erano i sacerdoti ad occuparsi di questi malati. Durante la Rivoluzione Francese, invece, Pinel, un medico, scese nei sotterranei del castello, dove c'erano le carceri, per liberare tutte le persone incatenate perché, anche se erano state etichettate come delinquenti, erano, in realtà, malati che avevano bisogno di aiuto. Nel 1850, in Francia, vennero costruiti i primi ospedali psichiatrici e prese piede una nuova considerazione della patologia psichiatrica e del paziente come essere umano con dei bisogni.

1.2 Il Paziente Psichiatrico.

È un essere umano, una persona che, per motivi spesso sconosciuti, soffre di un disagio psichico che lo porta ad un rapporto alterato e distorto con sé stesso, con gli altri e con il mondo. Le cause dei disturbi mentali non sono ancora ben note. Tuttavia, allo stato attuale, si ritiene che il disturbo mentale sia il risultato di un'interazione complessa tra vari fattori fra cui: fattori genetici, biologici, ambientali (traumi psicologici, famiglia di origine problematica, ecc.), eventi stressanti nel corso della vita (separazioni traumatiche, lutti, migrazioni, condizioni economiche e abitative precarie, malattie, ecc.), abuso di sostanze stupefacenti (specie quelle che producono eccitamento e alterano le funzioni cognitive). Chi soffre di un disturbo mentale è una persona annientata dalla sua stessa sofferenza, "ammalata" in una parte di "sé" che non si può vedere o toccare, e perde la capacità di chiedere aiuto e di far fronte quindi alla sua sofferenza. Spesso rifiuta la vicinanza degli operatori che vorrebbero aiutarla, rifiuta i farmaci, rifiuta di lavarsi e di accudire alla propria persona o di farsi accudire.

1.3 I Disturbi Mentali.

Il termine malattia mentale si riferisce ad una vasta gamma di condizioni di salute mentale, ovvero disturbi che colpiscono l'umore, il pensiero e il comportamento. Esempi di malattie mentali includono depressione, disturbi d'ansia, la schizofrenia, i

disturbi alimentari e comportamenti da dipendenza. Molte persone hanno problemi di salute mentale di volta in volta. Ma un problema di salute mentale diventa una malattia mentale quando segni e sintomi sono così frequenti, da influenzare la vita. Una malattia mentale può rendere infelici e causare problemi nella vita quotidiana, come ad esempio sul posto di lavoro o nelle relazioni. Segni e sintomi di malattia mentale possono variare, a seconda del particolare disordine, circostanze e altri fattori e possono influenzare le emozioni, pensieri e comportamenti.

Esempi includono:

1. *Tristezza*
2. *Pensieri confusi o ridotta capacità di concentrazione*
3. *Paure eccessive o preoccupazioni*
4. *Cambiamenti di umore estremi, con importanti fasi di alti e bassi*
5. *Ritiro sociale*
6. *Stanchezza significativa, anche senza far nulla*
7. *Il distacco dalla realtà (deliri), paranoia o allucinazioni*

1.4 I sintomi.

A volte i sintomi di un disturbo di salute mentale appaiono come problemi fisici, come dolori addominali, mal di schiena, mal di testa o altri dolori spesso immotivati. In generale, i segni e sintomi possono indicare una malattia mentale quando interferiscono con la vita quotidiana. Si può avere difficoltà a far fronte allo stress, rabbia o altro. Oppure si può avere difficoltà a gestire le responsabilità della famiglia, il lavoro o la scuola. Con alcuni tipi di malattie mentali, come la schizofrenia e il disturbo bipolare, non si può capire la portata dei problemi, infatti in questi casi, sono spesso familiari o amici che per primi notano i sintomi di una malattia mentale. I disturbi mentali sono stati tradizionalmente divisi per convenzione in due grandi gruppi: le nevrosi (o psiconevrosi) e le psicosi. Mente e cervello non sono la stessa cosa, anche se sono legati indissolubilmente.

Oltre cento miliardi di neuroni aprono e chiudono nel nostro cervello una miriade infinita di collegamenti, a seconda delle esperienze che facciamo e del significato che diamo loro. Quando è una parte del corpo a dover essere curata è giusto che il paziente

stia a letto, che i medici lo visitino, toccandolo, auscultandolo, facendo delle analisi per trovare la natura del male.

I Disturbi Mentali possono fare la loro comparsa in ogni fase del ciclo vitale (infanzia, adolescenza, età adulta, vecchiaia) con caratteristiche sintomatologiche differenti. Tuttavia, alcuni studi evidenziano come l'esordio dei disturbi mentali avvenga in quasi il 50% dei pazienti entro i 25 anni di età. Ognuno manifesta questo malessere in modo differente perché ognuno è unico e singolare.

1.5 Come i malati psichiatrici percepiscono sé stessi.

Così come ogni individuo "normale" vede il mondo dal proprio punto di vista, anche la persona con problemi psichici ha una sua percezione della realtà. La sua visione del mondo, tuttavia, è spesso decisamente diversa dalla realtà vista e condivisa da quelli che lo circondano. Questa persona può sembrare distante, distaccata o preoccupata e può anche star seduta rigida come una statua, senza muoversi per ore e senza emettere alcun suono. O può girare attorno senza fermarsi, sempre occupata, ben sveglia, attenta e vigilante. L'individuo può stare anche molte ore, senza essere in grado di "pensare correttamente". I pensieri vanno e vengono così rapidamente che non è possibile "afferrarli". La persona può essere incapace di concentrarsi su di un pensiero, per molto tempo, e può essere facilmente distratta, incapace di concentrare l'attenzione. Può essere incapace di distinguere, in una determinata situazione, ciò che è importante da ciò che non lo è. La persona può essere incapace di ordinare i pensieri in una sequenza logica, ed i pensieri possono diventare disordinati e frammentari, con un continuo e confuso passaggio da un argomento all'altro. La mancanza di continuità logica, chiamata pensiero illogico può rendere la conversazione molto difficile e contribuire all'isolamento sociale. Se la gente non può comprendere ciò che una persona sta dicendo, è probabile che provi un certo senso di disagio e tenda a lasciare sola questa persona.

1.6 La problematica.

Nella relazione con il malato l'infermiere si può trovare in difficoltà a gestire delle situazioni difficili e rischiose, sia per lui stesso che per il paziente; fondamentale è che

l'operatore sia in possesso di una certa maturità, di una buona conoscenza di sé, di valori personali e di coscienza delle proprie reazioni davanti alle diverse situazioni. Un atteggiamento rigido e impositivo dell'infermiere rischia di irrigidire la relazione con il paziente. Un atteggiamento troppo permissivo allo stesso modo non risulta terapeutico poiché il malato ha bisogno di sicurezza e di fermezza. Di fronte a tali richieste è necessario negoziare. La negoziazione è basata sul confronto e sulla ricerca di una convergenza tra le richieste del malato e le risposte terapeutiche che l'operatore può offrire. La negoziazione, quindi, è lo strumento che l'infermiere può usare per tentare di ottenere la collaborazione del malato senza avere nei suoi confronti un atteggiamento impositivo, paternalistico o comunque squalificante.

Bisogna avere la capacità di usare sé stessi e quindi le proprie emozioni per stabilire una relazione con il paziente, per comprendere i suoi desideri e per formulare una giusta diagnosi infermieristica che consenta di impostare un programma di trattamento integrato con altre figure professionali.

In campo psichiatrico, il coinvolgimento emotivo diretto è inevitabile.

Fornire così un'assistenza completa dal punto di vista psico-fisico. Così da trarre benefici ed esiti positivi in brevi periodi e raggiungere gli obiettivi terapeutici.

Grazie alla terapia farmacologica e la relazione empatica che però non è da sottovalutare per rendere più efficace la presa in carico del paziente, del trattamento, della cura e della guarigione.

Non c'è paziente che non abbia qualcosa da raccontare se lasciato libero di farlo, ma non sempre questo accade. Quello che il paziente spesso vive, nell'incontro con l'operatore, è un dettagliato interrogatorio sui suoi sintomi, sul loro esordio, la loro durata e l'intensità; un meticoloso viaggio fatto di domande incalzanti nella dimensione del corpo, delle sue percezioni o, più esattamente, del suo dolore.

Ma ciò che il paziente vuole raccontare va ben oltre. Nella narrazione della sua malattia, il paziente racconta non solo i sintomi ma soprattutto delle sue tristezze, delle paure e delle nostalgie, della solitudine e delle speranze infrante; ci racconta dell'umanità lacerata dal dolore (Borgna, 2017). La condizione necessaria per accogliere e comprendere tutto questo è l'ascolto e l'empatia.

Una delle regole più importanti è il sedersi: questo trasmette al paziente la disponibilità al dialogo, nonché un rapporto paritario di ascolto reciproco. Anche le domande sono

un elemento importante che influenzano l'andamento di un colloquio; si possono utilizzare domande chiuse che rappresentano un modo rapido ed efficace per ottenere specifiche informazioni ma non danno al paziente la possibilità di esprimersi liberamente sull'accaduto. Le domande aperte invece danno al paziente la possibilità di rispondere in maniera soggettiva. Per manifestare ascolto un altro importante strumento è l'attenzione che deve essere naturalmente diretta al paziente e attraverso la quale l'ascolto si trasforma in un passaggio attivo e non passivo.

È importante inoltre non interrompere il paziente mentre sta raccontando, attendere quindi che abbia terminato prima di prendere la parola; incoraggiare il racconto utilizzando il contatto visivo, o richieste di ulteriori spiegazioni; tollerare i momenti di silenzio interpretando anch'essi come una comunicazione di emozioni e sentimenti. Ma oltre all'ascolto, è importante comprendere ciò che il paziente racconta ad esempio attraverso le ripetizioni (utilizzando nelle proprie risposte alcune parole utilizzate dal paziente) e le riformulazioni (ripetizione con parole proprie di ciò che ha detto il paziente).

La mancanza di empatia fa riferimento a una condizione in cui una persona ha una certa difficoltà o incapacità di comprendere le emozioni, i sentimenti e le prospettive degli altri. Le persone con mancanza di empatia possono mostrare indifferenza emotiva e scarsa comprensione delle emozioni altrui. Tuttavia, ciò non è necessariamente indice di cattiveria di una persona.

L'empatia è un potentissimo strumento per affacciarsi sul panorama emotivo delle persone, immedesimarsi e capire a fondo il loro stato emotivo. Infatti, l'empatia è la capacità di comprendere e condividere emozioni, esperienze e prospettive delle altre persone, di entrare nel mondo del paziente cercando di provare le stesse, medesime sensazioni e sentimenti provati dal paziente psichiatrico.

1.7 Legislazione e organizzazione della salute mentale.

In materia di legge, sono tre le principali leggi da riassumere nella storia:

-Legge n.36 del 1904

-Legge 431 del 1968

-Legge 180 del 1978

La legge del 14 Febbraio 1904, n.36.

Comprende la disposizione sui manicomi e sugli alienati. Come la custodia e la cura degli alienati

Art 1:

“Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e non riescano convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi”

In questo particolare estratto, di questo articolo 1 della legge 1904 si nota quanto si cercasse di “tenere al sicuro” la società ricoverando le persone disturbate definite pericolose per sé o per gli altri. Il ricovero definitivo comprendeva la perdita dei diritti civili, l'interdizione e l'iscrizione al casellario giudiziario.

La legge del 18 Marzo 1968, n. 431 prevede la provvidenza per l'assistenza psichiatrica

La Legge Mariotti cercava di rendere più dignitose le condizioni di vita negli ospedali psichiatrici fissando un numero di posti letto in ciascuno di essi per alleviare il sovraffollamento che rappresentava una continua crescita di degenze. Essa consentiva il ricovero volontario senza la perdita dei propri diritti civili.

La legge 180 del 1978, nota come legge Basaglia ha portato alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici.

Lo psichiatra Franco Basaglia rese l'Italia un paese pioniere nel riconoscere i diritti del malato portando al Parlamento italiano una legge che prevedeva il ricovero solo in caso di acuzie presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e cura (SPDC)

Con la legge 180 del 1978 ed in vigore tuttora:

-Scompare il concetto di pericolosità oltre che la funzione di custodia per motivi di pubblica sicurezza e viene decretato che “gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono volontari” anche se possono essere disposti dall'Autorità Sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori. Tali trattamenti devono essere effettuati comunque “nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione”. - Negli ospedali generali vengono istituiti gli SPDC (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura).

Le norme della legge 180 sono integrate nella legge 833 del 1978 nella quale viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale.

Con questa legge si assiste alla pianificazione tra i servizi psichiatrici e altri sistemi.

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 Parole chiave e quesiti di ricerca.

Per la realizzazione di questa tesi sono stati formulati i seguenti quesiti di ricerca:

- La terapia empatica è uno strumento efficace nella presa in carico del paziente psichiatrico?
- L'atteggiamento empatico accompagnato alla terapia farmacologica migliora la prognosi del paziente psichiatrico?

Le parole chiavi per la stesura dell'elaborato sono state:

- psychiatric individual care
- psychiatric patient
- empathy
- etymology of empathy
- assistenza al paziente psichiatrico
- maternage

2.2 Fonti di ricerca.

Le fonti di ricerca per la presente tesi sono le seguenti:

- Testi giornalistici di interesse psicologico, psicoterapeutico, psichiatrico, neuroscientifico e culturale quali “State of Mind”, Pubmed.

Sono stati poi utilizzati i seguenti siti per la ricerca:

- **www.stateofmind.it**
- **www.infermieriattivi.it**
- **www.pubmed.it**

2.3 Criteri di selezione del materiale.

Sono stati selezionati i seguenti articoli in base alla pertinenza dei titoli ed in base alle fonti di ricerca. Ne sono stati selezionati dieci poiché dopo una grande ricerca sulle banche dati sono risultati in linea con lo scopo di tesi.

Criteri di inclusione:

-Popolazione umana (adulti- anziani, età superiore i 19 anni)

-periodo: dal 2010 al 2023

-lingua: inglese, italiano

Criteri di esclusione:

-periodo: antecedente il 2015

-lingua: arabo, cinese, russo, giapponese

CAPITOLO 3: EMPATIA

3.1 Empatia: definizione.

L'empatia è un'abilità sociale di fondamentale importanza e rappresenta uno degli strumenti di base di una comunicazione interpersonale efficace e gratificante. Nelle relazioni interpersonali l'empatia è una delle principali porte d'accesso agli stati d'animo e in generale al mondo dell'altro.

Il termine empatia deriva dal greco, *en-pathos* “sentire dentro”, e consiste nel riconoscere le emozioni degli altri come se fossero proprie, calandosi nella realtà altrui per comprenderne punti di vista, pensieri, sentimenti, emozioni.

L'empatia è la capacità di “mettersi nei panni dell'altro” percependo, in questo modo, emozioni e pensieri.

È l'abilità di vedere il mondo come lo vedono gli altri, essere non giudicanti, comprendere i sentimenti altrui mantenendoli però distinti dai propri (Morelli e Poli, 2020).

Si tratta di un'abilità sociale di fondamentale importanza e rappresenta uno degli strumenti di base di una comunicazione interpersonale efficace e gratificante.

Nelle relazioni interpersonali l'empatia è una delle principali porte d'accesso agli stati d'animo e in generale al mondo dell'altro.

Grazie a essa si può non solo afferrare il senso di ciò che asserisce l'interlocutore, ma cogliere anche il significato più recondito psico-emotivo. Questo ci consente di espandere la valenza del messaggio, cogliendo elementi che spesso vanno al di là del contenuto semantico della frase, esplicitandone la meta comunicazione, cioè quella parte veramente significativa del messaggio, espressa dal linguaggio del corpo, che è possibile decodificare proprio grazie all'ascolto empatico. Il termine empatia era utilizzato nell'antica Grecia per indicare il rapporto emozionale di partecipazione che legava l'autore – cantautore (*aedo*) al suo pubblico.

Il concetto di empatia in filosofia è stato introdotto a fine Ottocento da Robert Vischer, studioso di arti figurative, nell'ambito della riflessione estetica, per definire la capacità della fantasia umana di cogliere il valore simbolico della natura.

Agli inizi del Novecento, Lipps introduce la dimensione dell'empatia in psicologia, parlando di partecipazione profonda all'esperienza di un altro essere, introducendo così il tema dell'alterità, che verrà poi ripreso dalla scuola fenomenologica. Per Lipps l'osservazione dei movimenti altrui suscita in noi lo stesso stato d'animo che è alla base del movimento osservato.

A livello neurobiologico, la comprensione della mente e dei vissuti dell'altro è sostenuta da una particolare classe di neuroni, definiti neuroni specchio: partecipare come testimoni ad azioni, sensazioni ed emozioni di altri individui attiva le stesse aree cerebrali di norma coinvolte nello svolgimento in prima persona delle stesse azioni e nella percezione delle stesse sensazioni ed emozioni.

Alla base dell'empatia ci sarebbe un processo di 'simulazione incarnata', vale a dire un meccanismo di natura essenzialmente motoria, molto antico dal punto di vista dell'evoluzione umana, caratterizzato da neuroni che agirebbero immediatamente prima di ogni elaborazione più propriamente cognitiva.

Ecco come viene descritto (Gallese, Migone, 2006)

“Percepire un’azione – e comprenderne il significato – equivale a simularla internamente. Ciò consente all’osservatore di utilizzare le proprie risorse per penetrare il mondo dell’altro mediante un processo di modellizzazione che ha i connotati di un meccanismo non conscio, automatico e prelinguistico di simulazione motoria. Quando vedo qualcuno esprimere col proprio volto una data emozione e questa percezione mi induce a comprendere il significato emotivo di quell’espressione, non conseguo questa comprensione necessariamente o esclusivamente grazie a un argomento per analogia. L’emozione dell’altro è costituita dall’osservatore e compresa grazie a un meccanismo di simulazione che produce nell’osservatore uno stato corporeo condiviso con l’attore di quella espressione. È per l’appunto la condivisione dello stesso stato corporeo tra osservatore e osservato a consentire questa forma diretta di comprensione, che potremmo definire empatica”.

Il modello elaborato da Hoffman fornisce una descrizione dello sviluppo dell'empatia articolata e complessa. Hoffman, infatti, estende la definizione di empatia a una serie più ampia di reazioni affettive coerenti con il sentimento provato dall'altro e colloca le prime manifestazioni di empatia nei primissimi giorni di vita. Inoltre, non considera l'empatia come qualcosa di "unitario", ma l'articola in diverse forme che, man mano

che procede lo sviluppo, diventano più mature e sofisticate (Hoffman, 2008).

Hoffman propone un modello a tre componenti:

- affettiva
- cognitiva
- motivazionale.

Secondo Hoffman l'empatia si manifesta fin dai primi giorni di vita. Questa considerazione riflette la maggiore autonomia e rilevanza attribuita alla dimensione emotiva dell'empatia: nelle primissime manifestazioni empatiche, infatti, è la dimensione affettiva ad avere il ruolo di maggior rilevanza, mentre la dimensione cognitiva è pressoché assente.

Procedendo nello sviluppo, la componente cognitiva acquisirà un'importanza crescente e si compenetrerà sempre di più con quella affettiva, permettendo lo sviluppo di forme più evolute di empatia.

Dell'empatia *Choi-Kain e Gunderson (2008)* riportano tre aspetti che accomunano le varie definizioni e concezioni:

- una reazione affettiva che comporta la condivisione di uno stato emotivo con l'altro;
- la capacità cognitiva di immaginare la prospettiva altrui;
- una capacità di mantenere in modo stabile una distinzione sé-altro.

Le sovrapposizioni e differenze col costrutto di mentalizzazione toccano diversi aspetti.

In primo luogo, entrambi implicano l'apprezzare gli stati mentali altrui, a cui però l'empatia aggiunge la condivisione e la preoccupazione.

Inoltre, l'orientamento dell'empatia è rivolto più verso gli altri, nella mentalizzazione invece è equamente distribuito. Entrambe operano sia a livello implicito che esplicito, ma l'empatia viene considerata specie nella sua modalità più implicita.

L'intelligenza emotiva è “la capacità di monitorare le proprie e le altrui emozioni, di differenziarle e di usare tali informazioni per guidare il proprio pensiero e le proprie azioni” (*Salovey e Mayer, 1990*); racchiude al suo interno quelle capacità di consapevolezza e padronanza di sé motivazione, nella gestione delle relazioni sociali, che qualunque persona può sviluppare e che si rivelano fondamentali per ogni essere

umano. L'intelligenza emotiva viene definita come quell'abilità di riconoscimento e comprensione dell'emozioni sia in sé stessi che negli altri e di utilizzo di tale consapevolezza nella gestione e nel miglioramento del proprio comportamento e delle relazioni con gli altri (*Morgese, 2018*).

L'autore che resta più influente in tema di intelligenza emotiva è Goleman che, alla base dell'intelligenza emotiva, individua due tipi di competenze, quella personale, ovvero come controlliamo noi stessi e quella sociale, ossia il modo in cui gestiamo le relazioni con l'Altro (*Goleman, 1995*).

Quando non si sviluppa l'intelligenza emotiva si corre il rischio di diventare analfabeti emotivi (o analfabeti emozionali), ovvero si diventa incapaci di riconoscere e controllare le proprie emozioni, e si ha difficoltà a riconoscere anche le emozioni altrui, il che rende incapaci di provare empatia e compassione.

Attraverso l'empatia, invece, l'operatore si avvicina al paziente senza essere mai intrusivo né allarmato, è capace di permanere in una situazione di attesa senza precipitarsi nel trovare realizzazioni o risposte premature.

Il paziente potrà usufruire di una relazione terapeutica nell'ambito della quale la sua sofferenza potrà essere compresa e le sue angosce, dopo essere state elaborate, restituite sotto forma di un sostegno volto a promuovere il cambiamento terapeutico. La relazione empatica viene, quindi, a rappresentare un'esperienza emozionale correttiva: da un lato permette al paziente di riconoscere i propri stati emotivi attraverso l'interazione con un operatore, dall'altro permette l'acquisizione di strumenti difensivi più maturi per far fronte alla propria sofferenza e della capacità di riflettere sui propri stati mentali essendo stati raccolti e contenuti dalla "madre-infermiere" i suoi sentimenti più dolorosi e terrifici. (*Hinshelwood, 1989*).

Per instaurare una relazione con un paziente al fine di creare un'alleanza terapeutica che garantisca anche l'accettazione delle cure prescritte, è infatti fondamentale che ciascun medico od operatore sanitario si "immedesima" nei panni del proprio paziente, rispondendo in modo naturale ai sentimenti e alle emozioni che gli suscita.

3.2 Aspetti psicologici

Sigmund Schlomo Freud (1856-1939) è stato un neurologo, psicoanalista e filosofo austriaco, fondatore della psicoanalisi, la più antica tra le correnti della psicologia dinamica.

È noto per aver elaborato una teoria scientifico-filosofica, secondo la quale i processi psichici inconsci esercitano influssi sul pensiero, sul comportamento umano e sulle interazioni tra individui. Egli tentò di stabilire correlazioni tra la visione dell'inconscio e delle sue componenti con le strutture fisiche della mente e del corpo umano.

Freud (1921) afferma che è solo per mezzo dell'empatia che noi possiamo conoscere l'esistenza di una vita psichica diversa dalla nostra, ma non considera l'empatia come un metodo terapeutico, passaggio che farà Kohut molti anni dopo. Kohut, infatti, considera l'empatia non solo come uno strumento di conoscenza, ma anche come un importante strumento terapeutico: l'esposizione ripetuta a esperienze di comprensione empatica, da parte dell'analista, serve a riparare i "difetti del Sé" del paziente. (Heinz Kohut 1970)

L'empatia oggi risulta essere centrale in psicoterapia; sul tema della relazione terapeutica, infatti, Aaron Beck fin dai suoi primi libri sottolineava che:

le qualità ottimali che il terapeuta deve possedere comprendono calore umano, empatia e schiettezza.

Queste caratteristiche modulano la collaborazione terapeutica in modo da favorire l'applicazione e quindi l'efficacia del trattamento.

L'empatia intesa come capacità del terapeuta di entrare nel mondo del paziente, cercando di provare le medesime sensazioni e sentimenti provati dal paziente, e la condivisione di questa esperienza, aumenteranno nel paziente la percezione di essere capito e faciliteranno la nascita di una fiducia nel rapporto terapeutico.

Le professioni in ambito sanitario sono caratterizzate, più di altre, da un costante coinvolgimento interpersonale e da un contatto con la sofferenza umana. La partecipazione emotiva è inevitabile e, se essa può arrecare soddisfazione e senso di efficacia personale, è in alcuni casi fonte di forte stress e rischio di burnout (Morelli e Poli, 2020).

Un elemento chiave per la buona riuscita del trattamento del paziente è l'empatia manifestata dalla figura curante, che aumenta la compliance del paziente e la sua

fiducia nella terapia, migliora la prognosi di malattia e la soddisfazione della persona in cura.

CAPITOLO 4: MATERNAGE

4.1 Maternage: definizione.

Il maternage è l'insieme di cure che una madre affettuosa rivolge al proprio bambino. Il neonato è dipendente dalla madre e ha un bisogno continuo di cure corporee e psicologiche: importante è la capacità di tenerlo in braccio facendolo sentire al sicuro. Significa tenerlo a sé facendolo sentire intero e sicuro così che possa sperimentare un senso di continuità. Il bambino è per la madre una gratificazione proprio come la mamma lo è per il bambino. (Rosa Palma 2021)

Per Winnicott le cure nella prima infanzia sono di fondamentale forma di prevenzione del disturbo psichiatrico. Egli pensa che la posizione dell'analista nella cura riabiliti la posizione materna nella funzione di contegno e sostegno. La madre non si limita ad accudire il bambino nei suoi bisogni fisiologici vitali, ma offre anche un "contenitore" che sa accogliere le sensazioni negative/persecutorie che il bambino vive per le frustrazioni che riceve.

Per il bambino la frustrazione non è solamente negativa, ma è invece importantissima per iniziare ad abbandonare l'onnipotenza infantile.

L'umano ha bisogno di essere accolto, compreso e sostenuto e prova una gioia profonda e un senso di benessere quando sperimenta il dono dell'accoglienza. Il sostegno (holding) è una funzione di primaria importanza nello sviluppo psichico, questo termine fu introdotto da Winnicott (1923) per definire la capacità della madre o in genere della figura che si prende cura (caregiver) di fungere da contenitore delle angosce del bambino, di costituire una sorta di spazio fisico ma soprattutto psichico in cui il bambino si sente accolto, sostenuto, rassicurato, incoraggiato nelle prime espressioni di sé. L'holding è rappresentato concretamente da come la madre tiene in braccio il lattante, dal modo in cui gli sostiene il capo, orienta il volto verso il proprio, gli sostiene il corpo regolando la pressione del suo verso quella del bambino a seconda degli stati che egli presenta. Tale funzione caratterizza la madre sufficientemente buona, ovvero adeguatamente empatica, in grado di identificarsi coi bisogni del figlio, di comprenderne gli stati di malessere o benessere, di dare a essi un significato e di agire o non agire a seconda delle circostanze.

Se tale funzione è carente la madre sarà incapace di rispondere in modo adeguato alle emozioni negative del bambino o ignorandole (fenomeno dell'evitamento) o lasciandosene coinvolgere a tal punto da rimanere a sua volta invischiata come in una sorta di corto circuito emotivo. Quando la funzione di holding da parte dei caregiver o di altre figure significative è stata deficitaria o assente è possibile rinvenire ancora nell'adulto alcune manifestazioni delle angosce infantili.

Il maternage è anche una tecnica psicoterapeutica. (Ferenczi 1956) riconobbe per primo l'importanza del rapporto primario madre-bambino, su cui fondò la "tecnica analitica del maternage", il termine descrive una tecnica di psicoterapia utilizzata nel trattamento delle psicosi, che cercava di creare con il paziente, sia sul piano della realtà sia su quello simbolico, una relazione analoga a quella tra una buona madre e il suo bambino.

La tecnica si basa sull'ipotesi che le psicosi si sviluppino in un contesto di cattivo funzionamento, non solo della coppia madre-bambino, ma di tutto il contesto familiare. Il maternage è utilizzato come una tecnica riparatrice che mira soprattutto all'appagamento dei bisogni infantili fondamentali rimasti insoddisfatti nel paziente e che ne hanno bloccato il normale sviluppo psicologico. La posizione Io dell'operatore è meno neutrale e più attiva.

Racamier (1940) la descrive così: "la relazione di maternage nasce dall'incontro tra un paziente profondamente e vitalmente avido di essere passivamente colmato d'affetto e un terapeuta ad un tempo capace di comprenderlo e desideroso di avvicinarsi a lui come una madre".

4.2 Benefici sul paziente.

I benefici riportati dal paziente con il trattamento farmacologico e la relazione empatica sono: miglior compliance alla terapia, collaborazione con l'operatore sanitario, un miglior dialogo, una migliore degenza, una migliore assistenza.

Capacità di ascolto, pazienza, comprensione e rispetto dei bisogni dell'altro, un linguaggio semplice e preciso ma che tocchi le corde emotive del paziente.

In una parola, l'empatia: è questa la nuova "pillola" che ogni operatore dovrebbe avere nella sua borsa, per migliorare l'efficacia di qualsiasi terapia, per curare e per curarsi. Le parole curano tanto quanto i farmaci, in moltissime situazioni.

Purtroppo, la medicina ipertecnologica sembra allontanare da un rapporto empatico medico-paziente, virando verso una de-umanizzazione delle cure.

Il malato oggi ha ancora più bisogno di essere guidato dal “suo” dottore. Che peraltro trae indubbi vantaggi da un rapporto più profondo, in cui si sforzi di guardare alle cose con gli occhi del paziente.

La relazione empatica viene, quindi, a rappresentare un’esperienza emozionale correttiva: da un lato permette al paziente di riconoscere i propri stati emotivi attraverso l’interazione con un operatore, dall’altro permette l’acquisizione di strumenti difensivi più maturi per far fronte alla propria sofferenza e della capacità di riflettere sui propri stati mentali essendo stati raccolti e contenuti dalla madre-terapeuta i suoi sentimenti più dolorosi e terrifici. (Hinshelwood, 1989).

I ricercatori delle università di Oxford e Southampton nel Regno Unito, in collaborazione con l’Istituto olandese per la ricerca dei servizi sanitari e l’Università di Vilnius Gediminas della Lituania (*Howik 2018*) hanno analizzato una serie di studi clinici randomizzati che si sono concentrati sugli effetti dell’empatia o della comunicazione positiva nelle consultazioni mediche. I ricercatori hanno anche esaminato gli effetti della comunicazione positiva sulla qualità della vita e la soddisfazione del paziente, sulla base delle segnalazioni dei pazienti stessi.

I benefici più significativi sono stati osservati quando gli operatori hanno comunicato messaggi positivi e rassicuranti ai pazienti: in questi studi, i pazienti hanno riferito un livello di soddisfazione maggiore (dal 5% al 20%) in relazione al loro trattamento rispetto a quelli che hanno ricevuto cure standard, riferendo anche di un miglioramento della qualità della vita.

Il meccanismo di corrispondenza che distingue l’empatia dalla compassione, è il fatto che l’operatore deve immedesimarsi nei sentimenti ed emozioni del paziente.

Empathy 1 è un processo automatico che cattura i sentimenti degli altri invece la Empathy 2 è un processo controllato che interpreta i sentimenti. (Tisseron S., 2013).

Questa prospettiva fa avanzare la concettualizzazione scientifica dell’empatia e offre suggerimenti per personalizzare l’empatia per aiutare le persone a realizzare i propri obiettivi sociali, emotivi e professionali.

Quando le persone provano empatia, spesso cercano di rafforzare il benessere degli altri. Ma cosa vogliono che gli altri sentano gli empatici? Sebbene gli psicologi

abbiano studiato l'empatia per decenni, questa domanda deve ancora essere affrontata chiaramente. Questo perché praticamente tutta la ricerca esistente si concentra su casi in cui migliorare il benessere degli altri significa anche aumentare i loro affetti positivi o diminuire quelli negativi e aiutarli a raggiungere i propri obiettivi emotivi.

La comunicazione è un modo in cui gli esseri umani danno un senso al mondo che li circonda. La comunicazione avviene come un processo o un'interazione interattiva bidirezionale, che coinvolge due o più persone e può avvenire con metodi non verbali, verbali, faccia a faccia o non faccia a faccia. Nella letteratura sanitaria i termini comunicazione e interazione sono usati in modo intercambiabile. I fallimenti nella comunicazione tra medici sono la causa primaria più comune di errori ed eventi avversi nell'assistenza sanitaria. La comunicazione è un fattore significativo nella soddisfazione del paziente e nei reclami riguardo alle cure. La comunicazione gioca un ruolo fondamentale nella qualità del servizio in tutte le professioni di servizio, comprese le professioni sanitarie.

L'assistenza centrata sul paziente è definita come un'assistenza che rispetta e risponde alle preferenze, ai bisogni e ai valori del singolo paziente e garantisce che i valori del paziente guidino tutte le decisioni cliniche.

L'assistenza centrata sul paziente comprende le "esperienze individuali di un paziente, il servizio clinico, i livelli organizzativi e normativi dell'assistenza.

Le organizzazioni sanitarie incentrate sul paziente coinvolgono i pazienti come partner e considerano le interazioni umane un pilastro del loro servizio.

La politica sanitaria contemporanea in tutto il mondo sostiene sempre più il coinvolgimento dei pazienti come partner in tutti gli aspetti della propria assistenza sanitaria e anche nel miglioramento sistemico della qualità. Nel 2005, l'Alleanza Mondiale per la Sicurezza dei Pazienti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha istituito il programma Patients for Patient Safety, per migliorare la sicurezza dei pazienti a livello globale in collaborazione con i difensori dei pazienti in tutto il mondo. Essendo un'iniziativa globale, Patients for Patient Safety "ritiene che la sicurezza sarà migliorata se i pazienti saranno posti al centro delle cure e inclusi come partner a pieno titolo".

Il consorzio pubblico-privato Partnership for Patients, che si concentra sul miglioramento della sicurezza dei pazienti e conta l'adesione di agenzie governative federali e di oltre 8.000 organizzazioni e individui che forniscono assistenza sanitaria, considera i pazienti "come partner essenziali nel miglioramento della sicurezza e della qualità" e "la loro partecipazione come attiva".

In Australia, come parte delle riforme sanitarie nazionali per migliorare l'accesso alle cure, l'efficienza delle cure e la trasparenza pubblica delle prestazioni e del finanziamento dei servizi sanitari, i ministri della Sanità australiani hanno approvato i 10 standard nazionali di sicurezza e qualità del servizio sanitario (NSQHSS) nel 2011 e li obiettivi australiani di sicurezza e qualità per l'assistenza sanitaria.

L'interazione infermiere-paziente è una componente fondamentale della scienza infermieristica e dell'assistenza infermieristica di alta qualità.

Il ruolo dell'infermiere richiede comunicazione e relazione con i pazienti.

In ambito ospedaliero gli infermieri svolgono molti dei loro compiti in contatto con il paziente e questo può permettere all'operatore di creare la relazione empatica e metterla in atto.

McCabe (McCabe et al., 1980) afferma che gli infermieri interagiscono con i pazienti solo quando svolgono attività amministrative o funzionali. Inoltre, ha identificato che "le strategie attuali non sono in sintonia con le esperienze di ospedalizzazione dei pazienti e dei familiari e che la maggior parte degli strumenti e delle strategie erano più rappresentativi delle opinioni dei professionisti sanitari e dell'ospedale e dell'organizzazione del loro lavoro".

Sostiene inoltre che la mancanza di riconoscimento e supporto da parte delle organizzazioni sanitarie abbia promulgato una cultura avversa alla comunicazione incentrata sul paziente.

L'uso di tipi di comunicazione non incentrati sul paziente può influire negativamente sul senso di benessere e sicurezza di un paziente.

Il rapporto tra paziente e operatore ha identificato una lacuna nell'avvio del coinvolgimento, che non è guidata dai bisogni e dalle preferenze dei pazienti e delle famiglie nel momento in cui si verificano, ma dalle opportunità che l'ospedale mette a disposizione.

Inoltre, il comportamento di assistenza degli infermieri, cioè la loro accessibilità e

disponibilità ad ascoltare i pazienti attraverso l'uso della comunicazione non verbale, richiede che abbiano gli elementi di base di genuinità, calore ed empatia, che sono tutti componenti della vita del paziente.

CAPITOLO 5: CONCLUSIONI.

5.1 Valutazione degli articoli analizzati.

La ricerca in letteratura e l'analisi delle riviste selezionate ha portato a dei risultati comuni.

L'assistenza terapeutica empatica mette al centro del percorso di cura del paziente psichiatrico il benessere attraverso l'ascolto e il sostegno tramite l'atteggiamento empatico da parte dell'operatore.

Dagli studi è quindi emerso un impatto positivo di questo tipo di assistenza empatica che corrisponde ad una soddisfazione da parte dei pazienti per il trattamento ricevuto, spesso anche i parenti stessi conservano la medesima opinione.

I pazienti affermano, inoltre di sentirsi maggiormente meglio, più ascoltati e più sostenuti dimostrando più compliance con terapia, ricovero, altri degenti, collaborazione con equipe sanitaria con benefici ed esiti positivi; sentendosi più compresi, coinvolti, supportati, sollevati e liberi di poter esprimere domande, paure, dubbi, insicurezze, opinioni.

Dai diversi studi analizzati è emerso che spesso i pazienti psichiatrici a fine degenza portano a casa un ricordo positivo della loro esperienza di ricovero all'interno della unità operativa poiché trattati non solo dal punto di vista farmacologico ma anche empatico.

Gli studi affermano che l'empatia da parte dell'infermiere è in grado di instaurare relazioni terapeutiche grazie alla capacità di relazionare in modo empatico instaurando rapporti sulla fiducia, che è un valore molto importante nell'ambito ospedaliero.

Il paziente si sente più seguito in un rapporto terapeutico non solo in maniera passiva ma attiva;

Questo impatto positivo dell'assistenza ha portato gli utenti anche un miglioramento della sintomatologia e limitare gravi danni o reazioni ed agitazioni.

5.2 Limiti della ricerca.

Gli studi relativi all'efficacia della terapia empatica in ambiente psichiatrico risultano essere limitati.

Durante la revisione della letteratura è stato difficile fare ricerca con alcune parole chiavi; ma grazie agli articoli sull'empatia e maternage si è potuto riscontrare che, oltre all'utilizzo della terapia farmacologica, è possibile implementare la terapia empatica nella presa in carico del paziente psichiatrico.

5.3 Obiettivo finale.

Dagli articoli reperiti e dai risultati ottenuti è stato possibile rispondere ai quesiti di ricerca precedentemente formulati.

I risultati, molto simili tra di loro dimostrano quanto l'assistenza empatica da parte dell'infermiere possa portare dei miglioramenti nel paziente psichiatrico e una prognosi migliore.

Questo elaborato non impone una soluzione definitiva ma vuole essere un punto di sostegno, di partenza verso una direzione da seguire per ottenere risultati migliori e rendere questa virtù ovvero l'empatia come una pillola ovvero a tutti gli effetti un trattamento terapeutico.

Quindi non solo terapia farmacologica ma anche relazione empatica, coinvolgimento, ascolto e appunto il maternage con i pazienti, che porti a una migliore qualità dell'intervento e aumenti la soddisfazione del professionista stesso oltre che al paziente psichiatrico.

Un'assistenza che punti a conoscere il paziente più da vicino.

5.4 Conclusioni.

Fondamentalmente risulta essere quindi la differenziazione dei percorsi di cura, sulla base di un'apposita valutazione della complessità dei bisogni e risorse presentate dai pazienti, ricordando che una parte dell'efficacia degli interventi assistenziali è dovuta alla qualità della relazione che si sviluppa tra chi eroga i servizi e chi li sta ricevendo. L'infermiere riveste quindi un ruolo fondamentale nel facilitare il processo utilizzando competenze di base quali l'ascolto attivo, empatia, maternage e rispetto per aumentare

la possibilità che l'utente raggiunga i suoi obiettivi e più benefici.

Il codice Deontologico spiega il rispetto alla persona e alla dignità e promuove l'empatia e agire con professionalità.

Bibliografia e sitografia

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. (Quinta edizione DSM-5-TR), 2013
2. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. (Quinta edizione DSM-5-TR), 2022.
3. Benelli C. e La spina C., *La capacità di “mettersi nei panni dell’altro” percependo, in questo modo, emozioni e pensieri (empatia, state of mind)*, 2023.
4. Bernard E., Kreger M.D., Donald E., Craven M.D., William R., McCabe M.D., *Gram-negative bacteremia. III. Reassessment of etiology, epidemiology and ecology in 612 patients, 1980*
5. Bersani G, Pacitti F, Iannitelli A., “*Delusional” consent in somatic treatment: the emblematic case of electroconvulsive therapy: Med Ethics 2019-105540, 2020*
6. Bersani G., Zaami S, Rinaldi R, Marinelli E., *Restraints and seclusion in psychiatry: striking a balance between protection and coercion. Critical overview of international regulations and rulings. Riv Psichiatr; 55: 16-23, 2020*
7. Bersani G., Rinaldi R. , Iannitelli C., *un rapporto critico, uno stimolo alla riflessione, Psichiatria e bioetica (rivista psichiatrica), 2020*
8. Biondi M., Bersani F.S, Valentini M., *M. The Italian Edition of DSM-5. Riv Psichiatr. 49,57-60, 2014*
9. Brienza A., *attaccamento madre-bambino bonding cos’è, Amico pediatra, 2021*
10. Cerati G, Percudani M, Petrovic L, Vita A., *La psichiatria di comunità in Lombardia, Institutional research information system opens, 2013*
11. Cikara M., Weisz E., *Strategic Regulation of Empathy (3): 213-227.doi: 10.1016/j.tics.2020.12.002.Epub 2020 Dec 30, 2021*
12. Del Rio A, Rinaldi R., Napolitano S., Di Luca N.M., *Cosmetic surgery for children and adolescents. Deontological and bioethical remarks. Clin 68:*

e415-20., 2017

13. Ferenczi S., *diario clinico*, 1956
14. Gallese V, Migone p., *Psicoterapia e scienze umane* p.38, 2006
15. Galvanin N., *teoria dell'attaccamento, nella mente, rivista*, 2016
16. Goleman D, *Emotional intelligence, State of mind*, 1995
17. Goleman D., *Intelligenza emotiva. Che cos'è e perché può renderci felici. Bur Biblioteca universale Rizzoli*, 1999
18. Heyes C., *Empathy is not in our genes. Epub, dicembre:95:499-507.doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.11.001.*, *Neurosci*, 2018
19. Hinshelwood R.D., *Un dizionario del pensiero kleiniano*. Free Association Books ApaPsicnet, 1989
20. Hoffman L. M., *Empatia e sviluppo morale, libro*, 2008
21. Howick J, et al., *Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. 10.1177 Pubmed*, 2018
22. Jamil K, *Integrating Empathy and Interpersonal Emotion Regulation Rev 2018Dec 10.1016 J. 2018.11.001 Epub*, 2019
23. Kohut H., *la guarigione del se ,libro*, 1980
24. Linehan, M. M. et al., *Dialectical behavior therapy for borderline Ospedale di New York-Cornell Medical Center, Westchester Division, White Plains 10605, Pubmed*, 2015
25. M. Senini, E. Zanelli, *Concetto di empatia, psichiatria.online italia*, 2017
26. Mayer J.D., Salovey P., *Emotional Intelligence. Imagination Cogn; 9: 185-211, 1990*
27. Pacioni M., *Neuroviventanti. Politica del cervello e controllo dei corpi. Sesto San Giovanni, Milano: Mimesis Edizioni*, 2016
28. Rinaldi R., *Health in the 21st Century: new rights come to the fore? Clin 169: e149-50.*, 2018
29. Sabater V., *Sindrome per eccesso di empatia, la mente è meravigliosa*, 2021
30. Soliani M, *intelligenza emotiva, un mix di empatia, motivazione, autocontrollo, logica e adattamento di gestione delle proprie emozioni, state of mind therapy*, 2014

31. *Tisseron S., 3-6-9-12 Apprivoiser les ecrans et grandir, 2013*
32. *Winnicot D., Società britannica, 1940*
33. *World Health Organization, Ottawa charter for health promotion, Regional Office for Europe. World health organization, 1986*

