



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA,  
PEDAGOGIA & PSICOLOGIA APPLICATA**

**DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO  
E DELLA SOCIALIZZAZIONE**

**CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE**

**ELABORATO FINALE**

**LA DEUMANIZZAZIONE DEL PAZIENTE IN CONTESTI DI CURA  
*PATIENT DEHUMANIZATION IN HEALTHCARE CONTEXTS***

***RELATRICE***  
**PROF.SSA ROSSELLA FALVO**

***LAUREANDA***  
**ALESSIA RIZZO**  
**MATRICOLA N°1194826**

**ANNO ACCADEMICO 2022/2023**

# INDICE

## LA DEUMANIZZAZIONE DEL PAZIENTE IN CONTESTI DI CURA

INTRODUZIONE.....	p.2
CAPITOLO 1. APPROCCI TEORICI .....	p.3
1.1. Studi e teorie sulla deumanizzazione.....	p.3
1.2. Cause funzionali e non funzionali della deumanizzazione.....	p.5
1.3. Deumanizzazione e stress.....	p.7
CAPITOLO 2. LA DEUMANIZZAZIONE DI PAZIENTI ONCOLOGICI E INDIVIDUI AFFETTI DA DISABILITÀ INTELLETTIVE.....	p.8
2.1. Studi empirici sulla deumanizzazione.....	p.8
2.2. La deumanizzazione dei pazienti oncologici da parte di medici e infermieri.....	p.8
2.3. La deumanizzazione dei disabili intellettivi da parte degli educatori.....	p.10
2.3.1. Primo studio.....	p.12
2.3.2. Secondo studio.....	p.13
2.3.3. Terzo studio.....	p.14
CAPITOLO 3. LA DEUMANIZZAZIONE DEGLI INDIVIDUI AFFETTI DA DEMENTIA.....	p.15
3.1. Una strategia per ridurre la deumanizzazione.....	p.15
3.1.1. Uno studio sul perspective taking.....	p.16
3.2. Conclusione.....	p.19
BIBLIOGRAFIA.....	p.21

## INTRODUZIONE

La privazione di umanità o l'attribuzione all'altro di uno status umano inferiore prende il nome di deumanizzazione e, spesso, viene attuata, perlopiù in modo inconsapevole, anche da infermieri, operatori socio-sanitari, medici ed educatori nei confronti delle persone di cui si prendono cura. Tuttavia, è stato osservato come, in un appropriato contesto, tali percezioni deumanizzanti possano apportare alcuni benefici non solamente alla pratica medica, permettendo ad esempio un'osservazione obiettiva del quadro clinico, ma anche al benessere del personale sanitario stesso, ad esempio attenuando il job burnout.

Nel primo capitolo del presente elaborato procederemo ad analizzare le cause del fenomeno; in particolare, osserveremo come esse vengano divise in cause non funzionali e funzionali. In particolare, verrà considerato il problema della ridotta empatia verso il paziente come uno degli antecedenti principali della deumanizzazione: se da una parte l'empatia del medico è cruciale nel rapporto terapeutico con il paziente, dall'altra, può interferire con la sua capacità di problem solving clinico.

Nel secondo capitolo verranno analizzati in dettaglio alcuni studi che, esaminando personale sanitario in contesti di cura, dimostrano la diffusione del fenomeno della deumanizzazione. Si trova, ad esempio, che le percezioni deumanizzate possono riguardare non solo i pazienti ospedalizzati, da parte di medici e infermieri, ma anche i disabili intellettivi, da parte di educatori professionali che se ne occupano in centri specializzati.

Il terzo capitolo sarà dedicato all'analisi delle possibili conseguenze, soprattutto negative, che la deumanizzazione inconsapevole può produrre sul rapporto terapeutico e sul paziente stesso, ma anche le possibili strategie per ridurre il fenomeno. Limitare l'inconsapevole processo deumanizzante da parte di personale medico, infermieristico, operatori socio-sanitari ed educatori, contenendo anche i suoi effetti negativi sulla relazione di cura, è possibile, e un primo passo consiste in una appropriata formazione.

# CAPITOLO 1

## APPROCCI TEORICI

Nei contesti medici, gli operatori sanitari (infermieri, OSS, medici ed educatori) spesso mettono in atto comportamenti che tendono a svalutare i pazienti e lederne la dignità in quanto esseri umani: ne siamo testimoni, ad esempio, quando gli infermieri si rivolgono ai pazienti ricoverati con una gentilezza eccessiva o dando loro del “tu” (Capozza et al., 2020), quando hanno reazioni aggressive con persone affette da disturbi mentali, quando, ancora, i medici non informano adeguatamente i pazienti sulla loro condizione (Capozza et al., 2016). Una delle motivazioni che spingono gli operatori ad agire in questo modo può essere la tendenza ad attribuire ai pazienti uno status umano inferiore, rispetto alla propria categoria professionale, e che questa percezione deumanizzante può essere utile, ad esempio, a ridurre lo stress lavorativo (Capozza et al., 2020). Il presente elaborato approfondisce il fenomeno della deumanizzazione del paziente da parte del personale medico, analizzandone le possibili cause e conseguenze sia per il paziente, sia per gli operatori sanitari.

### 1.1. Studi e teorie sulla deumanizzazione

La ricerca condotta da Leyens et al. (2001) ha dato inizio agli studi empirici sulla deumanizzazione. Nei loro esperimenti, gli autori utilizzarono come stimoli le emozioni secondarie (ad es., orgoglio e vergogna), appartenenti specificatamente all’*Homo sapiens* e caratterizzate da processi cognitivi più complessi, e quelle primarie (ad es., gioia e rabbia), che sono invece comuni agli esseri umani e al regno animale. È emersa la tendenza ad attribuire un maggior numero di emozioni secondarie al proprio ingroup rispetto all’outgroup, mentre le emozioni primarie non sono attribuite in modo diverso ai due gruppi (Capozza et al., 2016; 2020). Questo fenomeno è stato definito *infraumanizzazione* ed è appunto inteso come la tendenza ad attribuire all’ingroup uno status umano superiore. Questo effetto ha luogo non solo nel caso delle emozioni, bensì anche quando si usano tratti unicamente umani, quali moralità e razionalità, e non

unicamente umani, come istinto e impulsività. L'infraumanizzazione può inoltre riguardare una grande varietà di outgroup: nazionali, etnici, gruppi svantaggiati ad es. per orientamento sessuale, classe sociale di appartenenza, livello culturale (Capozza et al., 2020; Haslam & Loughnan, 2014; Haslam & Stratemeyer, 2016).

Un ulteriore approccio teorico è stato proposto da Haslam (2006), che introduce la distinzione tra *tratti tipici della natura umana* – come la curiosità, la reattività emotiva e le capacità relazionali – e *caratteristiche unicamente umane* – come capacità di provare emozioni secondarie, moralità, razionalità ed elaborazioni cognitive complesse. Da tale distinzione si originano due tipi di deumanizzazione, ovvero quella *animalistica*, che si verifica in caso di negazione al target degli attributi ritenuti unici dell'umanità, e la *deumanizzazione meccanicistica*, nel caso in cui il target è percepito come privo di tratti della natura umana e quindi incapace di provare emozioni e di relazionarsi agli altri (Capozza et al., 2020).

Un ulteriore approccio teorico proposto da Gray et al. (2007) si riferisce alla teoria della mente, secondo cui le *attribuzioni di mente* si articolano in due fattori assegnati al target: *agency*, cioè la capacità di autocontrollo e pianificare azioni dirette a uno scopo, ed *experience*, ovvero la capacità di provare emozioni e averne coscienza. Il primo concetto equivale di fatto a quello di unicità umana nella teoria di Haslam (2006), mentre il secondo è simile a quello di natura umana. Sulla base di tale approccio, deumanizzare significa non attribuire al target *agency* ed *experience*, quindi *dementalizzarne*, negare gli stati mentali. È emerso che le persone a cui si attribuisce *agency* vengono percepite come “agenti morali”, ovvero ritenute moralmente responsabili delle loro azioni, mentre quelle a cui si attribuisce *experience* sono percepite come “pazienti morali”, ovvero aventi diritto di essere trattati moralmente dagli altri. Nei contesti sanitari, quindi, se ai pazienti si nega *experience*, si corre il rischio di ridurli a oggetti inanimati e di non considerare i loro bisogni.

È bene specificare che negli studi riferiti a tali approcci teorici la deumanizzazione è stata misurata chiedendo ai partecipanti di assegnare a persone o gruppi caratteristiche non esplicitamente associate all'umanità. Dato che si tratta di misure piuttosto sottili, si può dedurre che i partecipanti in genere non sono consapevoli di esprimere un giudizio deumanizzante nei confronti del target. Recentemente è stata introdotta un'altra misura che chiede al contrario di esprimere un giudizio in maniera esplicita utilizzando il noto

grafico raffigurante l'evoluzione umana nei suoi cinque stadi dalla scimmia all'uomo moderno e richiedendo ai partecipanti di collocare al suo interno il grado di evoluzione dei target in questione. In studi condotti in nazioni diverse, Kteily et al. (2015) hanno dimostrato che la *deumanizzazione manifesta* è più associata al sostegno per la gerarchia rispetto a forme più sottili e implicite di deumanizzazione; inoltre, la sua capacità di previsione di atteggiamenti e comportamenti verso diversi outgroup supera il potere predittivo del pregiudizio. Si è infine trovato che la deumanizzazione manifesta emerge nell'immediato a seguito di effettivi episodi di violenza intergruppi.

## **1.2. Cause funzionali e non funzionali della deumanizzazione**

Secondo Haque & Waytz (2012), le cause della deumanizzazione in medicina si distinguono in *funzionali* e *non funzionali*, in base all'utilità per gli operatori sanitari allo svolgimento dei propri compiti clinici (Haque & Waytz, 2012). Le cause non funzionali sono legate al solo fatto di essere malati o ricoverati: la minore indipendenza causata da malattie di vario genere può diminuire l'attribuzione al paziente di tratti distintivi dell'umanità, come la razionalità e l'autocontrollo (Capozza et al., 2016; 2020). Una causa non funzionale è inoltre la differenza percepita dagli operatori sanitari tra la propria categoria e quella dei pazienti: il personale sanitario percepisce l'ingroup più vicino al prototipo di umanità rispetto all'outgroup dei pazienti. Ancora, la differenza di potere tra le due categorie può aumentare la tendenza alla deumanizzazione dei pazienti. I pazienti sono in genere tutti accomunati da fattori quali la sofferenza o l'uniformità fisica legate alla loro condizione di malati, il che può favorire la *deindividuazione* – l'individuo è visto come anonimo, uno fra tanti in un gruppo, assimilato alla massa di pazienti – inibendo quindi negli operatori sanitari la possibilità di percepire nel singolo la capacità di ragionamento sofisticato o di provare emozioni complesse.

Per le cause funzionali, Haque & Waytz (2012) sostengono che nel processo di ricerca di soluzione di un caso clinico, vedere il paziente come un sistema meccanico e focalizzarsi su un'unica parte del suo corpo, senza dunque considerarne gli stati mentali, può favorire l'identificazione della causa del sintomo e, quindi, la diagnosi, ma anche l'intervento clinico. La soluzione del caso clinico può essere inoltre favorita dalla ridotta

empatia del medico verso il paziente. A questo proposito, sono di grande interesse gli studi condotti con medici agopuntori. Durante un esperimento, i partecipanti, sottoposti a fMRI (risonanza magnetica funzionale), hanno osservato dei video di aghi inseriti in diversi punti di un corpo umano. I risultati hanno dimostrato come le aree cerebrali interessate all'empatia per il dolore altrui fossero nei partecipanti agopuntori meno attive rispetto a quelle del campione di controllo, formato da partecipanti non medici. Ciò ha dimostrato come i medici avessero acquisito la capacità di inibire l'empatia verso il paziente, liberando così risorse cognitive per concentrarsi al meglio sul caso clinico in questione (Cheng et al., 2007; Decety et al., 2010). Sono interessanti a riguardo gli studi di Jack et al. (2013) che hanno condotto un esperimento che vedeva coinvolti partecipanti ai quali era stato chiesto di osservare immagini di persone mentre erano sottoposti alla fMRI: i target dell'osservazione venivano descritti da una voce in sottofondo con tratti unicamente umani o della natura umana. Questi stimoli hanno attivato il Default Mode Network, un'ampia rete di regioni cerebrali che si attiva quando l'individuo pensa ai propri o agli altrui stati mentali, e inibito il Task Positive Network, una rete di aree che si attiva quando vengono svolti compiti richiedenti attenzione e memoria (Capozza et al., 2020). DMN e TPN sono inversamente operanti, ovvero l'attivazione dell'una inibisce l'altra e viceversa; la prima rete si attiva in caso di compiti di ragionamento sociale, mentre la seconda per compiti non-sociali. L'esperimento in questione mostrava raffigurazioni di persone descritte come rigide, fredde e impersonali (Capozza et al., 2020), che intendevano dare origine alla deumanizzazione meccanicistica. Tali immagini inibivano l'attivazione di entrambe le reti di ragionamento. Da tali risultati si deduce che la percezione di un individuo in quanto entità meccanica non facilita la soluzione del caso clinico. Alla vista, infine, di tre diagrammi raffiguranti descrizioni scientifiche dell'attività di cervello, cuore e di un noto fenomeno di attenzione, si attivava l'area del ragionamento non-sociale, con conseguente inibizione della DPM. Si conclude, quindi, che i medici, tenuti ad affrontare un problema clinico, potrebbero non avere le risorse per considerare anche gli stati mentali dei loro pazienti. Infine, tra le cause funzionali della deumanizzazione del paziente vi è il disimpegno morale. Infatti, deumanizzare può servire anche a diminuire il sentimento di colpa generato dalla consapevolezza di provocare dolore al prossimo.

### 1.3. Deumanizzazione e stress

Alcuni studi hanno dimostrato come la deumanizzazione del paziente sia funzionale a ridurre lo stress derivato dalla percezione del suo dolore fisico e psicologico: medici e altri operatori sanitari, se meno stressati e psicologicamente coinvolti, possono prendersi cura meglio dei propri pazienti. In particolare, lo studio di Vaes & Muratore (2013), replicato poi da Trifiletti et al. (2014) e da Falvo et al. (2021), ha dimostrato che la percezione di *job burnout* aumenta quanto più gli operatori sanitari assegnano emozioni unicamente umane al paziente, e quindi lo umanizzano, mentre l'assegnazione di emozioni non unicamente umane, e quindi la sua deumanizzazione, è associata a *work engagement* più intenso. Si deduce, quindi, che la deumanizzazione possa ridurre la percezione di burnout e perciò facilitare i compiti clinici, producendo energia maggiore nell'operatore e, di conseguenza, prestazioni e cure più puntuali (Capozza et al., 2020). Gli studi dicono inoltre come deumanizzare il paziente riduca lo stress o il burnout solamente in alcune categorie di operatori sanitari, in particolare quelli maggiormente a contatto con i pazienti (Vaes & Muratore, 2013), quelli con maggior impegno affettivo verso l'organizzazione e il paziente (Trifiletti et al., 2014) e quelli meno caratterizzati da *attaccamento sicuro* (Falvo et al., 2021). Quest'ultimo risultato si ricollega alla teoria dell'attaccamento (Mikulincer & Shaver, 2015), secondo la quale ogni individuo nasce con un repertorio di comportamenti che gli assicuri la vicinanza delle altre persone e garantisca un senso di protezione e sicurezza favorevole alla socialità (Capozza et al., 2020). Vi sono varie differenze nel funzionamento di questo sistema. L'attaccamento sicuro implica che l'individuo abbia sviluppato un'immagine positiva di sé e degli altri e sia in grado di utilizzare strategie efficaci per gestire gli eventi stressanti. Nel caso degli operatori sanitari, la deumanizzazione dei pazienti come strategie di *coping* appartiene agli individui meno sicuri e, di conseguenza, meno capaci di usare modi adeguati per affrontare lo stress che il loro lavoro implica.

## **CAPITOLO 2**

### **LA DEUMANIZZAZIONE DI PAZIENTI ONCOLOGICI E INDIVIDUI AFFETTI DA DISABILITÀ INTELLETTIVE**

#### **2.1. Studi empirici sulla deumanizzazione**

Tra i primi studi che dimostrano la presenza del fenomeno della deumanizzazione nei contesti di cura, vi è quello di Capozza et al. (2015), che ha preso in esame le percezioni di medici e infermieri di oncologia verso i pazienti oncologici. Trifiletti et al. (2014) invece hanno esaminato infermieri ospedalieri di vari reparti, dimostrando l'estensione del fenomeno alla categoria generale dei pazienti e non solo a quelli oncologici. Altri studi, esaminando le percezioni di persone che non afferiscono alle professioni sanitarie, mostrano che i pazienti in stato vegetativo vengono privati di qualsivoglia attributo umano (Gray et al., 2011; i partecipanti erano studenti); per le malattie mentali, da uno studio condotto da Cage et al. (2019) con partecipanti studenti e adulti, ha mostrato come alle persone affette da Disturbi dello Spettro Autistico siano attribuiti meno tratti tipici dell'umanità rispetto a quelle non affette da autismo. Il malato in genere, quindi, viene deumanizzato, come dimostrato da diversi studi. Nei paragrafi successivi verranno descritti in dettaglio alcuni di essi.

#### **2.2. La deumanizzazione dei pazienti oncologici da parte di medici e infermieri**

Lo studio di Capozza et al. (2015) aveva l'obiettivo di rilevare la presenza degli effetti di infraumanizzazione e/o deumanizzazione del paziente oncologico, da parte di medici e infermieri. In particolare, i partecipanti dovevano giudicare la categoria dei pazienti e la propria categoria professionale su alcuni tratti. La misura delle attribuzioni di umanità era ottenuta considerando i tratti unicamente umani (UU; ad es., razionalità, moralità) e tratti non unicamente umani (NUU; ad es., istinto, impulsività). I due tipi di tratti, proposti come misura di umanità intergruppi in uno studio precedente (Capozza et al., 2013), non

risultano diversi per valenza e sono entrambi valutati come leggermente positivi. Si sono usati anche tratti tipici della natura umana – NU – positivi e negativi (ad es., curiosità) su cui medici e infermieri valutavano solo la categoria dei pazienti. La prima ipotesi dello studio è che sia i medici sia gli infermieri non riconoscano ai pazienti una piena umanità, ovvero, che medici e infermieri assegnino i tratti distintivi dell'umanità (UU) più alla propria categoria che a quella dei pazienti (ipotesi di infraumanizzazione). La seconda ipotesi considera i rapporti di potere: i medici, dato che hanno maggior potere sui pazienti di quanto ne abbiano gli infermieri, dovrebbero mostrare effetti più forti del bias di infraumanizzazione. Per quanto riguarda la terza ipotesi, lo studio esplora il fenomeno della deumanizzazione meccanicistica, ovvero la negazione dei tratti della natura umana e quindi la percezione dei pazienti come carenti di capacità relazionali e reattività emotiva. In questo caso, l'ipotesi è che non vi siano effetti di oggettivazione, cioè che sia medici sia infermieri riconoscano al paziente oncologico tali tratti. Inoltre, come ultima ipotesi, si suppone che tali tratti della natura umana vengano attribuiti ai pazienti in misura maggiore dagli infermieri che dai medici, dato il loro maggior contatto quotidiano con i pazienti e la loro reattività emotiva.

Per verificare le ipotesi, la ricerca ha coinvolto dipendenti di istituti oncologici e reparti oncologici ospedalieri. Si sono usati otto tratti, di cui quattro corrispondenti a caratteristiche unicamente umane – razionalità, raziocinio, ragione e moralità – e quattro riferiti ad attributi non unicamente umani – impulsività, impeto, istinto e pulsione. I partecipanti dovevano indicare quanto i pazienti oncologici fossero definiti da tali tratti e, successivamente, giudicare la propria categoria professionale. Per le ipotesi sulla oggettivazione, si sono invece utilizzati cinque tratti, di cui tre positivi – calore, curiosità e amichevolezza – e due negativi – impulsività e impazienza – su cui medici e infermieri dovevano giudicare, in questo caso, solo la categoria dei pazienti.

I risultati ottenuti hanno confermato la prima ipotesi, e quindi la presenza di un effetto di infraumanizzazione: i tratti distintivi dell'umanità (UU) sono stati assegnati in quantità maggiore all'ingroup (medici o infermieri) rispetto ai pazienti. Al contrario, quelli non unicamente umani erano più assegnati ai pazienti oncologici, ovvero all'outgroup, che alla propria categoria professionale. Inoltre, mentre medici e infermieri si attribuivano di più i tratti UU che quelli NUU, ai pazienti venivano assegnati più i tratti NUU che quelli UU. Quindi i pazienti erano percepiti come più assimilati all'impulsività animale che alla

razionalità umana (al contrario di come avveniva per l'ingroup). Non è stata tuttavia confermata la seconda ipotesi, in quanto non si sono trovate differenze nelle risposte tra medici e infermieri. Non si conferma in questo studio quindi l'ipotesi che i medici, avendo maggior potere rispetto agli infermieri, siano più portati a infraumanizzare (e/o deumanizzare) il paziente. Per quanto riguarda i tratti della natura umana, si è trovato che sia i medici sia gli infermieri assegnano alla categoria dei pazienti, nella stessa misura, sia i tratti positivi sia quelli negativi. Non si verificano dunque effetti di deumanizzazione meccanicistica, in quanto vengono riconosciute al paziente caratteristiche della natura umana. Inoltre, anche in questo caso, non ci sono differenze nelle risposte di medici e infermieri (non è confermata l'ultima ipotesi). Quindi, in definitiva, questo studio dimostra che nonostante il paziente non sia percepito come un oggetto, viene comunque infraumanizzato e assimilato all'animalità da parte del personale sanitario. Tali percezioni deumanizzanti sono presumibilmente poco consapevoli, dal momento che le misure usate, basate sull'assegnazione di tratti, sono molto sottili (e non esplicitamente legate al concetto di umanità).

### **2.3. La deumanizzazione dei disabili intellettivi da parte degli educatori**

Gli studi sulla deumanizzazione precedentemente analizzati riguardano medici e pazienti, seppur di reparti differenti. La ricerca condotta da Capozza et al. (2016) presenta due novità fondamentali: la prima è che il target è composto non più da pazienti, bensì da disabili intellettivi; la seconda è che i partecipanti allo studio non sono medici, ma educatori professionali che interagiscono tutti i giorni con individui affetti da disabilità intellettive. Questi due aspetti rappresentano un punto di forza dello studio. La ricerca si articola in tre studi. Le misure di umanità si sono ottenute chiedendo ai partecipanti di attribuire alla categoria dei disabili intellettivi emozioni primarie (NUU) e secondarie (UU) (Studi 1-3) e, nello Studio 1, anche tratti UU e NUU. L'ipotesi 1 afferma che ai disabili intellettivi non sia assegnato uno status pienamente umano: gli individui con disabilità intellettive dovrebbero essere percepiti come caratterizzati più da emozioni primarie che secondarie e più da tratti NUU che da tratti UU.

Ulteriore elemento di novità della ricerca di Capozza et al. (2016) è che indaga, per la prima volta, una possibile conseguenza delle percezioni deumanizzanti nei contesti di cura, ovvero le tendenze automatiche all'evitamento. La ricerca condotta nell'ambito dei rapporti intergruppi ha ampiamente dimostrato come deumanizzazione e infraumanizzazione possano avere effetti dannosi in quanto tendono a promuovere discriminazioni e aggressività verso il target e a essere usate per giustificare atti negativi commessi dall'ingroup nei confronti dell'outgroup. Si suppone, dunque, che esista una relazione tra la negazione di uno status completamente umano e le varie discriminazioni che gli individui affetti da disabilità sono costretti a subire nei contesti sia medico/di cura sia quotidiani, come quello scolastico, dove bambini e ragazzi con disabilità vengono molto spesso isolati, esclusi, o fatti oggetto di scherno.

Nella ricerca di Capozza et al. (2016), si è usato il Single Category Implicit Association Test (SC-IAT) di approccio/evitamento, una misura implicita che deriva dall'Implicit Association Test (IAT; Greenwald et al., 1998). Si tratta di uno strumento somministrato attraverso l'uso di un pc in cui compaiono al centro dello schermo, uno alla volta, degli stimoli (parole o immagini) che il partecipante deve classificare, a seconda delle istruzioni date all'inizio di ogni blocco di prove, premendo i tasti a destra e a sinistra della tastiera. La tecnica misura la forza associativa tra concetti, in questo caso, tra la categoria dei disabili intellettivi (gli stimoli usati erano parole, per tutti e tre i concetti esaminati; per la categoria dei disabili, erano, ad es., "disabile") e approccio (ad es., "avvicinarsi") o evitamento (ad es., "evitare"). L'idea alla base della tecnica è che sia più veloce (e facile) categorizzare, con uno stesso tasto per la risposta, stimoli che si riferiscono a concetti tra loro molto associati rispetto a quelli poco associati. Si tratta di associazioni automatiche. Il partecipante, infatti, non si rende conto di quale sia l'obiettivo del compito di classificazione di parole. Come misura della forza associativa tra la categoria dei disabili intellettivi con i concetti di evitamento vs. approccio, è stato calcolato l'indice D, a partire dalle latenze medie nei diversi blocchi di prove: valori D positivi indicano un'associazione più forte tra disabili e l'evitamento piuttosto che l'approccio.

L'ipotesi 2, verificata negli Studi 2 e 3, è che la negazione di umanità ai disabili intellettivi dovrebbe essere associata a una maggior tendenza implicita all'evitamento. Quindi, i valori D dovrebbero essere associati positivamente alle attribuzioni di emozioni NUU ai disabili intellettivi e negativamente alle attribuzioni di emozioni UU. Inoltre, si è

ipotizzato (Ipotesi 3) che l'associazione tra non umanità ed evitamento rimanga significativa anche controllando per l'effetto dell'atteggiamento, sia esplicito sia implicito, verso la categoria. L'atteggiamento implicito è stato rilevato con un secondo compito SC-IAT che, in questo caso, misura le associazioni automatiche tra la categoria dei disabili con valutazioni positive vs. negative.

Infine, nello Studio 3, si è verificata l'ipotesi di infraumanizzazione (Ipotesi 4), dal momento che, oltre a giudicare i disabili intellettivi sull'umanità, gli educatori dovevano giudicare anche la propria categoria professionale. L'ipotesi, in questo caso, è che emozioni UU vengano assegnate in maggior misura all'ingroup (educatori) rispetto all'outgroup (la categoria dei disabili).

### ***2.3.1. Primo Studio***

Il primo studio ha preso in esame educatori che lavoravano in centri di cura e riabilitazione per persone con disabilità intellettive e ha verificato la prima ipotesi dello studio: è vero che anche gli educatori professionisti, che si occupano quotidianamente di individui con disabilità intellettiva nei centri diurni, hanno percezioni deumanizzanti nei loro confronti? Gli educatori coinvolti erano 40, con un'età compresa tra i 41 e i 50 anni, la maggior parte donne. Il centro accoglie persone con disabilità intellettive tutte maggiorenni.

Nel questionario, ai partecipanti è stato chiesto di scegliere da una lista di 26 item, articolati in emozioni e tratti, quelli che secondo loro si adattavano meglio alla categoria dei disabili intellettivi; si diceva che erano liberi di selezionare quanti item preferissero. Gli item comprendevano sei emozioni primarie, tre positive e tre negative (ad es., rabbia, sorpresa) e sei emozioni secondarie, tre positive e tre negative (ad es., ammirazione, vergogna); si sono usati 14 tratti filler (ad es., efficienti, cordiali). Per la seconda misura di umanità basata sui tratti UU e NUU, si è usata quella, prima descritta, dello studio di Capozza et al. (2015).

I risultati hanno mostrato che l'Ipotesi 1 è confermata. Infatti, gli educatori attribuiscono ai disabili intellettivi significativamente più tratti NUU (impulsività, istinto) che tratti UU (razionalità, moralità) e attribuiscono loro significativamente più emozioni

primarie (positive e negative), che secondarie (positive e negative). Questo significa, dunque, che assegnano più le caratteristiche che gli umani condividono con gli animali che quelle distintive dell'umanità, e perciò deumanizzano i disabili intellettivi.

È da precisare che il grado di disabilità degli utenti dei centri variava da lieve a moderato a grave e che dei 40 educatori, 19 lavoravano con persone con disabilità grave e 21 con individui con disabilità lieve o moderata. Questo avrebbe potuto interferire con la valutazione data dai partecipanti. Tuttavia, la gravità della disabilità intellettiva non ha influito sull'attribuzione dei tratti/emozioni UU e NUU.

### ***2.3.2. Secondo Studio***

Il secondo studio ha verificato le Ipotesi 2 e 3, analizzando la relazione tra la negazione di umanità ai disabili intellettivi e le risposte implicite di approccio/evitamento. I partecipanti erano 20 educatori che, anche in questo caso, lavoravano presso centri di cura che ospitavano maggiorenni con differenti gradi di disabilità intellettiva. Gli educatori erano stati precedentemente informati sul fatto che lo studio sarebbe stato incentrato sull'analisi dei loro atteggiamenti nei confronti delle persone con disabilità intellettive.

Lo studio consisteva nella compilazione di due compiti SC-IAT, cioè uno di approccio/evitamento e l'altro di atteggiamento (in cui, un valore D elevato indica una valutazione implicita più negativa che positiva verso la categoria target). Per la misura di umanità, si è usata solo quella basata sulle emozioni primarie e secondarie. Inoltre, si è usata anche una misura esplicita per rilevare l'atteggiamento consapevole che gli educatori hanno verso i disabili.

I risultati mostrano che, come nello Studio 1, gli educatori attribuiscono ai disabili intellettivi più caratteristiche NUU (emozioni primarie) che UU (emozioni secondarie). L'atteggiamento verso i disabili a livello esplicito è positivo (risultato probabilmente dovuto alla desiderabilità sociale) mentre l'atteggiamento a livello implicito non è né positivo né negativo. Per quanto riguarda la relazione tra umanità e le risposte automatiche di approccio-evitamento, le Ipotesi 2 e 3 sono confermate: solo l'attribuzione delle emozioni UU e NUU è associata a tali risposte, non l'atteggiamento implicito o esplicito. Infatti, l'assegnazione della non umanità ai disabili è associata a risposte di

evitamento, l'assegnazione dell'umanità, a risposte di approccio, e questo effetto non dipende dalle valutazioni, consapevoli o non consapevoli, verso la categoria target.

### **2.3.3. Terzo Studio**

Il terzo ed ultimo studio voleva principalmente replicare i risultati del secondo studio e verificare l'ultima ipotesi (Ipotesi 4) relativa all'infraumanizzazione, e cioè che gli educatori percepiscano se stessi come caratterizzati da uno status umano superiore rispetto alle persone disabili. Come nello Studio 2, si sono utilizzate solo emozioni primarie e secondarie. Sono stati introdotti nuovi stimoli nei due compiti SC-IAT al fine di verificare se i risultati dello studio precedente potessero dipendere o meno dagli stimoli utilizzati.

Allo studio hanno preso parte 37 educatori di disabili intellettivi in centri diurni, di cui 27 donne, di età compresa tra i 30 e i 40 anni. Anche in questo caso, i partecipanti erano stati informati riguardo allo scopo dello studio, ovvero esaminare gli atteggiamenti verso gli individui affetti da disabilità intellettive di diversa gravità, tutti maggiorenni.

I risultati dello Studio 3 replicano quelli lo Studio 2: atteggiamenti espliciti ed impliciti sono dissociati; le emozioni NUU assegnate ai disabili sono legate all'evitamento, quelle UU, all'approccio; le attribuzioni di umanità, ma non l'atteggiamento, sono legate alle risposte di approccio/evitamento.

In questo studio, si trova che le risposte implicite sono, in media, di approccio: forse il risultato dipende dai nuovi stimoli usati nello SC-IAT per la categoria dei disabili (tra cui "utenti del centro"). Infine, per quanto riguarda le attribuzioni di umanità, l'Ipotesi 4 non risulta confermata (non si rileva il classico effetto di infraumanizzazione); tuttavia, i risultati replicano quelli degli Studi 1 e 2: i disabili sono percepiti come più caratterizzati da attributi NUU (emozioni primarie) che da quelli UU (emozioni secondarie); inoltre, si trova che le emozioni primarie sono più attribuite ai disabili che agli educatori (l'ingroup). Dunque, ai disabili viene comunque assegnato uno status umano inferiore rispetto alla propria categoria.

## CAPITOLO 3

### LA DEUMANIZZAZIONE DEGLI INDIVIDUI AFFETTI DA DEMENZA

#### 3.1. Una strategia per ridurre la deumanizzazione

Gli studi precedentemente affrontati hanno dimostrato la necessità di formulare una strategia volta a ridurre i processi di deumanizzazione, permettendo ai medici di svolgere il proprio lavoro senza incorrere in accumuli di stress e burnout ma, al tempo stesso, assicurando ai pazienti il mantenimento e la salvaguardia delle proprie dignità, identità e umanità. Fondamentalmente innovativa in questo senso è stata la tecnica del perspective taking, elaborata nel corso di una ricerca condotta da Miron et al. (2017) e il cui obiettivo è stato quello di comprendere l'importanza del ruolo dell'empatia e dell'adozione del punto di vista dell'altro, in questo caso costituito da pazienti di mezza età e anziani affetti da demenza, che vengono spesso discriminati in quanto percepiti come privi di autonomia, dignità e controllo di loro stessi.

Lo studio è partito dalla teoria secondo cui l'adozione del punto di vista dell'altro, in questo caso l'individuo affetto da demenza, aiuti a ridurre la deumanizzazione incrementando l'ammontare delle attribuzioni di umanità di cui le persone hanno bisogno per poter affermare senza ombra di dubbio che un individuo sia ancora una persona. Il perspective taking si propone dunque di cambiare gli standard di prova di deumanizzazione, ovvero la quantità di prove necessarie a verificare che un gruppo sia dotato di una determinata caratteristica o abilità. Si parla invece di standard di umanità come della quantità di attribuzioni di abilità sufficienti a definire se una persona con demenza abbia perso la sua individualità. La deumanizzazione dell'individuo affetto da demenza risiede esattamente nella percezione di quest'ultimo in quanto carente di individualità e, di conseguenza, nell'affermazione che l'outgroup sia diverso e inferiore in quanto tale, e quindi immeritevole delle stesse attenzioni e considerazioni riservate all'ingroup (Miron et al., 2017).

A supporto dello studio in questione si vedano inoltre i risultati degli studi condotti da Norman et al. (1996) e Miron et al. (2017) sull'importanza di relazionarsi con le persone

affette da demenza senza affezione, trattandole come individui degni di rispetto, e del porsi sul loro stesso piano. Infatti, adottare la prospettiva di un individuo affetto da demenza potenzia la percezione positiva di sé di anziani e adulti affetti da questa patologia e aiuta a promuovere la loro inclusione sociale.

### ***3.1.1. Uno studio sul perspective taking***

Il perspective taking può aiutare a demolire stereotipi riguardanti una determinata categoria di persone o singoli individui potenziando la questione empatica nei loro confronti, ovvero la preoccupazione per lo stato di salute del prossimo, che ha luogo nel momento esatto della considerazione sia del suo punto di vista, sia dei suoi pensieri e sentimenti.

Nello studio in questione, l'obiettivo è stato quello di modificare le soglie di prova di disparità tra i tratti tipici nella natura umana e quelli unicamente umani, necessarie a definire l'umanità di un individuo affetto da demenza. Per fare questo, il perspective taking è stato manipolato: ai partecipanti veniva chiesto di immaginare la vita quotidiana di una donna affetta da demenza in una casa di cura oppure di restare oggettivi e distaccati riguardo a tale situazione. Inoltre, è stata introdotta per alcuni dei partecipanti una condizione di controllo, ovvero si specificava loro solo la demenza della donna in questione.

Avevano aderito allo studio un totale di 107 persone, ma diversamente dagli studi analizzati in precedenza, in questo caso si è trattato di persone estranee ai contesti di cura, quindi non più medici, infermieri o educatori, bensì studenti di un'università, a cui era stato spiegato che lo studio a cui stavano partecipando sarebbe servito a testare le reazioni ad alcune notizie locali presentate attraverso molteplici canali. A tale scopo sarebbe stato necessario leggere degli articoli o vedere foto di persone descritte nella notizia in questione: alcuni di loro avrebbero dunque letto solo l'articolo, altri solamente osservato la foto e letto una breve descrizione sottostante, altri ancora semplicemente ascoltato la notizia alla radio, ma a tutti i partecipanti era stato garantito che l'assegnazione delle storie sarebbe avvenuta in maniera casuale. In realtà, a tutti era stata assegnata la cosiddetta "Storia numero 2", che consisteva in una foto con una breve descrizione e

raffigurante una signora anziana: nella didascalia in questione veniva spiegato come la signora soffrisse di demenza e vivesse in una casa di riposo da ormai cinque mesi.

Per manipolare il loro perspective taking, ai partecipanti venivano affidate precise istruzioni: nel caso in cui avessero dovuto restare obiettivi, gli veniva consigliato di ignorare la situazione della donna anziana, raccomandando loro di fare osservazioni attente; alle persone del gruppo incaricato di immaginare la situazione veniva invece chiesto di proiettare su loro stesse quello che la donna stava passando e come questo potesse aver influenzato la sua vita; in ultimo, ai partecipanti ai quali non erano state date precise indicazioni veniva solamente detto di guardare la foto. Dopo aver esaminato a lungo la fotografia, i partecipanti dovevano valutare in quale proporzione avessero provato una serie tra 18 sentimenti ed emozioni (felicità, tristezza, interesse, protezione, delusione, preoccupazione, gioia, ecc.).

Dopodiché, i partecipanti hanno dovuto compilare un questionario, composto da 29 domande che esaminassero le soglie di prova di disparità necessarie a valutare l'umanità della donna nella fotografia. Seguendo la concettualizzazione di umanità di Haslam (2006), sono state misurate due diverse serie di standard, ovvero le abilità unicamente umane (UU) e le abilità tipiche della natura umana (NU). L'efficacia della manipolazione del perspective taking è stata infine valutata attraverso due domande: la prima chiedeva fino a che punto il soggetto avesse tentato di immaginare la situazione della donna in questione; la seconda cosa invece l'individuo avesse provato e qualora fosse riuscito a rimanere oggettivo e distaccato nei riguardi di tale situazione. Al termine dell'esperimento, ai partecipanti è stata spiegata la vera natura della ricerca e gli è stato concesso di chiedere delucidazioni in merito a questa.

Una volta concluso l'esperimento, sono stati valutati la questione empatica e gli standard di umanità dei partecipanti. Si era partiti dall'ipotesi secondo cui gli individui a cui era stato chiesto di immaginare la determinata situazione avrebbero chiesto più prove della disparità tra i tratti UU e quelli NUU, per poter affermare che la persona in questione fosse "umana", a differenza del gruppo a cui era stato chiesto di restare distaccato. Precedenti risultati hanno di fatto attestato come si possa empatizzare spontaneamente con la persona in stato di necessità senza necessariamente dover adottare il suo punto di vista: un'empatia spontanea può infatti essere influenzata da una preesistente attitudine negativa nei confronti del paziente (Batson et al., 2007).

I risultati così ottenuti hanno attestato come la manipolazione del perspective taking abbia avuto successo; si è infatti trovato come tale effetto si sia verificato in maniera significativa soprattutto nel momento in cui era stato chiesto quanto avessero provato a immaginare la situazione e quanto avessero invece tentato di restare oggettivi. Inoltre, il gruppo di partecipanti a cui era stato chiesto di immedesimarsi nella situazione e il gruppo che non aveva ricevuto indicazioni hanno tentato di immaginare la situazione in maniera decisamente più incisiva rispetto al gruppo incaricato di restare oggettivo, il quale ha chiaramente mantenuto un atteggiamento più distaccato. Allo stesso modo, i primi due gruppi hanno mostrato più empatia nei confronti del caso della donna affetta da demenza rispetto al gruppo che doveva rimanere distaccato e oggettivo.

L'aver dovuto immaginare la situazione ha dunque contribuito ad innalzare la soglia dei tratti U, ma non quelli NU; in altre parole, quando i partecipanti hanno adottato il punto di vista della donna in questione, hanno chiesto più prove di disparità tra i tratti distintivi dell'umanità (UU) e le caratteristiche della natura umana (NU) al fine di definire se la donna avesse perso la sua umanità rispetto a quelli rimasti oggettivi e distaccati. Questi risultati implicano, in primo luogo, che solo la dimensione collegata ai tratti UU è importante a definire qualora una persona affetta da demenza abbia perso o meno la sua umanità, e in secondo luogo che il perspective taking è utile a migliorare la percezione positiva dell'umanità di chi soffre di demenza. Infatti, poiché le persone affette da demenza sono ben consapevoli degli stereotipi associati alla loro condizione, questa loro interiorizzazione può addirittura peggiorare i sintomi della demenza.

Per quanto riguarda la questione empatica, essa ha sì mediato la manipolazione del perspective taking sui tratti UU, ma non su quelli relativi alla natura umana. Questo implica che gli individui affetti da demenza possono essere soggetti a deumanizzazione animalistica, sebbene non meccanicistica. È altresì importante notare come l'assenza di istruzioni sull'interpretazione della fotografia della donna abbia comunque attivato l'empatia nei suoi confronti, sebbene questa categoria abbia manifestato poche differenze, e perlopiù marginali, con il gruppo che avrebbe dovuto rimanere obiettivo e distaccato. Si ipotizza che chiedere ai partecipanti di adottare il punto di vista di una persona affetta da demenza, in modo tale da evitare anche che i pregiudizi nei confronti di questa categoria influenzino lo svolgimento dello studio, possa essere una strategia utile a cambiare gli standard di umanità.

Infine, il timore che la natura degli studenti possa aver interferito con la riuscita dell'esperimento è infondato. Gli studenti universitari sono infatti perfettamente adatti a queste tipologie di studi, avendo essi avuto fin dalla più tenera età, e molti finanche nell'immediatezza della ricerca, relazioni familiari con nonni, bisnonni o conoscenti affetti da demenza e preso parte alla loro vita quotidiana, potendo per altro usufruire dei racconti in prima persona delle loro vite, cosa che incrementa in maniera considerevole il perspective taking (Miron et al., 2017).

### **3.2. Conclusione**

Come abbiamo potuto osservare in precedenza, la strategia del perspective taking può essere utilizzata nel processo di umanizzazione delle persone anziane affette da demenza; risultato questo coerente con gli studi condotti in ambito medico e riguardanti il benessere dei pazienti apportato dall'empatia dei medici (Decety & Fotopoulou, 2015).

Abbiamo tuttavia visto come, in determinati casi, un eccesso di empatia da parte del personale medico possa ostacolare il corretto svolgimento dei vari compiti clinici, se non addirittura sfociare in un autentico burnout. Al contempo, un'incontrollata deumanizzazione del paziente andrebbe ad annullare i benefici di un'osservazione clinica obiettiva per via di una sfiducia nel sistema medico che sarebbe inevitabile in un paziente vistosi retrocesso a uno stato animale. Inoltre, questa sfiducia può portare ad una disattenzione del paziente nei confronti della terapia consigliatagli, con conseguente accumulo di stress da parte del personale infermieristico, sebbene quest'ultima ipotesi sia da dimostrarsi in studi futuri.

Come dunque ovviare a questi continui controbilanciamenti deumanizzanti? Innanzitutto, i medici e gli educatori dovrebbero essere informati di questi meccanismi attuati inconsapevolmente nei confronti dei pazienti (Capozza et al., 2016). Dopo di che, secondo Haque & Waytz (2012), essere invitati ad adottare un atteggiamento bilanciato a seconda della situazione (ad es., un'osservazione clinica e obiettiva in caso di intervento chirurgico e un approccio più empatico in caso di colloquio con il paziente). In ultimo, il loro senso di sicurezza, che incrementa l'empatia e riduce l'ansia, dovrebbe essere incentivato dalla stessa parvenza di sicurezza e dalla partecipazione alle interazioni

interpersonali dei loro superiori; infatti, per quanto fragile ed effimera (Mikulincer & Shaver, 2007, 2015), la sicurezza di questi ultimi, visti come più forti e saggi, viene assorbita dai loro subordinati grazie al principio di prossimità delle figure di attaccamento (Bowlby, 1982).

## BIBLIOGRAFIA

- Batson, C. D., Eklund, J. H., Chermok, V. L., Hoyt, J. L., & Ortiz, B. G. (2007). An additional antecedent of empathic concern: Valuing the welfare of the person in need. *Journal of Personality and Social Psychology, 93*, 65-74.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Vol. 1. Attachment (2nd ed.). *New York: Basic Books*.
- Cage, E., Di Monaco, J., & Newell, V. (2019). Understanding, attitudes and dehumanisation towards autistic people. *Autism, 23* (6), 1373-83.
- Capozza, D., Di Bernardo, G. A., Falvo, R., Vianello, R., & Calò, L. (2016). Individuals with intellectual and developmental disabilities: Do educators assign them a fully human status? *Journal of Applied Social Psychology, 46* (9), 497-509.
- Capozza, D., Falvo, R., Boin, J., & Colledani, D. (2016). Dehumanization in medical contexts: An expanding research field. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology, 23* (4), 545-59.
- Capozza, D., Falvo, R., & Colledani, D. (2020). Deumanizzazione del paziente nei contesti medici. *Minority Reports, 10* (1), 113-32.
- Capozza, D., Trifiletti, E., Vezzali, L., & Favara, I. (2013). Can intergroup contact improve humanity attributions? *International Journal of Psychology, 48*, 527-41.
- Capozza, D., Visintin, E. P., Falvo, R., & Testoni, I. (2015). Deumanizzazione del paziente oncologico nei contesti medici. *Salute e Società, 14* (2), 74-86.
- Cheng, Y., Lin, C., Liu, H., Hsu, Y., Lim, K., Hung, D., & Decety, J. (2007). Expertise modulates the perception of pain in others. *Current Biology, 17* (19), 1708-13.
- Decety, J., & Fotopoulou, A. (2015). Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: Unifying theories. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 8* (457) 1-11.
- Decety, J., Yang, C. Y., & Cheng, Y. (2010). Physicians down-regulate their pain empathy response: An event-related brain potential study. *NeuroImage, 50* (4), 1676-82.
- Falvo, R., Colledani, D., & Capozza, D. (2021). Denying full humanity to patients and nurses' well-being: The moderating role of attachment security. *Testing, Psychometrics,*

- Methodology in Applied Psychology*, 28 (3), 329-34.
- Gray, H. M., Gray, K., & Wegner, D. M. (2007). Dimensions of mind perception. *Science*, 315 (5812), 619.
- Gray, K., Knickman, T. A., & Wegner, D. M. (2011). More dead than dead: Perceptions of persons in the persistent vegetative state. *Cognition*, 121, 275-80.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (6), 1464-80.
- Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). Dehumanization in medicine: Causes, solutions and functions. *Perspectives on Psychological Science*, 7 (2), 176-86.
- Haslam, N. (2006). Dehumanization: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 10 (3), 252-64.
- Haslam, N., & Loughnan, S. (2014). Dehumanization and infrahumanization. *Annual Review of Psychology*, 65, 399-423.
- Haslam, N., & Stratemeyer, M. (2016). Recent research on dehumanization. *Current Opinion in Psychology*, 11, 25-9.
- Jack, A. I., Dawson, A. J., Begany, K. L., Leckie, R. L., Barry, K. P., Ciccio, A. H., & Snyder, A. Z. (2013). fMRI reveals reciprocal inhibition between social and physical cognitive domains. *NeuroImage*, 66, 385-401.
- Jack, A. I., Dawson, A. J., & Norr, M. E. (2013). Seeing human: Distinct and overlapping neural signatures associated with two forms of dehumanization. *NeuroImage*, 79, 313-28.
- Kteily, N., Bruneau, E., Waytz, A., & Cotterill, S. (2015). The ascent of man: Theoretical and empirical evidence for blatant dehumanization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109 (5), 901-31.
- Leyens, J.-Ph., Rodríguez-Pérez, A., Rodríguez-Torres, R., Gaunt, R., Paladino, M. P., Vaes, J., & Demoulin, S. (2001). Psychological essentialism and the differential attribution of uniquely human emotions to ingroups and outgroups. *European Journal of Social Psychology*, 31 (4), 395-411.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance. *Psychological Inquiry*, 18, 139-56.

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2015). "Boosting attachment security in adulthood: The 'broaden-and-build' effects of security-enhancing mental representations and interpersonal contexts." *Attachment theory and research: New directions and emerging themes*, 124-44, edited by J. A. Simpson & W. S. Rholes. New York, NY.
- Miron, A. M., McFadden, S. H., Nazario, A. S., & Buelow, J. (2017). Perspective taking, empathic concern, and perceived humanness of people with dementia. *Educational Gerontology*, 43 (9), 468-79.
- Norman, K. D. (1996). The role of empathy in the care of dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, 313-17.
- Ronen, S., & Mikulincer, M. (2012). Predicting employees' satisfaction and burnout from managers' attachment and caregiving orientations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 21, 828-49.
- Trifiletti, E., Di Bernardo, G. A., Falvo, R., & Capozza, D. (2014). Patients are not fully human: A nurse's coping response to stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 44 (12), 768-77.
- Vaes, J., & Muratore, M. (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), 180-90.