

EMPATIA E PRATICA INFERMIERISTICA IN SALUTE MENTALE: UNO STUDIO ESPLORATIVO

Daniele Puccini

U.F. Salute Mentale Adulti Asl Toscana Sud Est, Orbetello (GR)

RIASSUNTO

Lo studio esplora la responsività empatica in un gruppo di infermieri della salute mentale nell'intento di migliorare la relazione tra infermiere e paziente. A tale scopo abbiamo somministrato ad un campione di 20 infermieri delle Unità funzionali di salute mentale adulti di Orbetello, Grosseto e Massa Marittima in Toscana, l'Interpersonal Reactivity Index di Davis, (un questionario finalizzato alla misura della responsività empatica di soggetti adulti e adolescenti) ed un'intervista a domanda aperta per la valutazione dell'esperienza emotiva tramite resoconto verbale.

Il lavoro si inserisce in un ampio filone di ricerca e intervento e focalizza le competenze empatiche di operatori sanitari.

INTRODUZIONE

Secondo un recente modello multidisciplinare, nell'empatia sono identificabili due dimensioni: cognitiva l'una, affettiva l'altra. Autori come Feshbach, Hoffman, Bonino, Lo Coco, Tani ed altri, pur riservando alla mediazione cognitiva un ruolo importante, sottolineano come la differenza tra role taking ed empatia stia proprio nell'essere, quest'ultima, un'esperienza affettiva: l'empatia è prima di tutto una reazione emotiva, uno stato di risonanza congruente con le emozioni dell'altro, è sentire ciò che l'altro sente. Sono state costruite più scale di misurazione dell'empatia che differiscono nel costrutto teorico e nel metodo di misurazione.

Il questionario in lingua italiana più utilizzato per misurare la responsività empatica in soggetti adulti (Bonino, Lo Coco, Tani, 1998) è l'Interpersonal Reactivity Index di Davis.

Durante la ricerca bibliografica per la stesura del mio lavoro ho preso visione del questionario sopra descritto e ho pensato a quanto sarebbe stato utile ed interessante per il mio lavoro avere la possibilità di somministrare il suddetto ai colleghi infermieri della salute mentale di Orbetello, Grosseto e Massa Marittima. L'idea mi entusiasmava, ma allo stesso tempo ero perplesso e titubante nel proporre agli amici infermieri un questionario con lo scopo di andare ad indagare riguardo alle loro attivazioni emotive ed affettive. La motivazione e l'interesse comunque molto alti nei confronti dell'argomento trattato mi hanno spinto e motivato nel proporre la mia idea e proseguire con il lavoro. I colleghi una volta compreso il cuore e la delicatezza dell'argomento trattato si sono offerti

con grande apertura e disponibilità, tanto che alcuni si sono proposti spontaneamente per la verifica dell'empatia e disagio.

MATERIALI E METODI

a) Strumenti utilizzati

1_Questionario multidimensionale finalizzato alla misura della responsività empatica di soggetti adulti ed adolescenti: Interpersonal Reactivity Index

L'Indice di Reattività Interpersonale di Davis è un questionario che misura la disposizione empatica in alcune aree di comportamento. È stato costruito da Davis (1980; 1983) e si basa sull'assunto che la capacità di vicariare gli affetti, piuttosto che un costrutto unitario sia un insieme di dimensioni distinte correlate tra loro in modo da costruire un sistema interdipendente. Lo strumento fornisce due tipi separati di valutazione: un indice della capacità cognitiva e di Perspective Taking del soggetto e un indice della sua reattività emozionale. Sia la comprensione della prospettiva dell'altro che la sensibilità per i suoi stati affettivi contribuiscono infatti ad influenzare la reazione emotiva per la condizione di un altro individuo ed il conseguente comportamento sociale. Il questionario si compone di 28 item, presentati sotto forma di affermazioni, articolati in 4 sottoscale (sette item per ogni sottoscala) rispetto alle quali il soggetto deve dichiarare il suo grado di accordo o disaccordo avendo a disposizione cinque possibilità: da 1 (mai vero) a 5 (sempre vero).

Gli item sono stati scelti dopo accurate analisi fattoriali condotte su popolazione universitaria, separatamente per maschi e femmine. Da un insieme iniziale di 50 affermazioni alcune delle quali mutuate da scale già esistenti come il questionario di Mehrabian ed Epstein e la Fantasy Empathy Scale di Stotland ed altri (1978), altre costruite appositamente. I quattro fattori principali messi in luce dalle procedure statistiche sono chiamati da Davis:

- fantasia empatia (fantasy empathy)
- capacità di adottare il punto di vista altrui (perspective taking)
- considerazione empatica (empathic concern)
- disagio personale (personal distress)

Gli item che saturano il primo fattore (FANTASIA EMPATIA) sono relativi alla propensione ad identificarsi con personaggi finti della letteratura, del cinema o del teatro. Quelli relativi al fattore di PERSPECTIVE TAKING sondano invece la capacità di adottare il punto di vista altrui. Gli item di CONSIDERAZIONE EMPATICA valutano la tendenza dei soggetti a provare con passione, preoccupazione e calore nei confronti di altre persone che vivono esperienze spiacevoli. Infine gli item che saturano il fattore DISAGIO PERSONALE fanno riferimento ai casi in cui l'essere

spettatori di esperienze spiacevoli che accadono agli altri, provoca un senso di sconforto e ansietà nei soggetti stessi.

Rispetto al modello multidimensionale la scala di FANTASIA EMPATIA di Davis prende in esame la capacità di immaginarsi in situazione fittizie; essa focalizza pertanto un meccanismo che può essere ritenuto un prerequisito o un antecedente del role taking sociale.

La scala di PERSPECTIVE TAKING esplora il processo che consente al soggetto di guardare le cose dalla prospettiva altrui e non soltanto l'accuratezza di giudizio o la percezione interpersonale. La scala di CONSIDERAZIONE EMPATICA si riferisce a quelle che vengono designate come conseguenze affettive del processo cognitivo. Gli items infatti analizzano la disponibilità ad essere rispondenti sensitivamente agli altri quando questi vivono situazioni di disagio.

La scala di DISAGIO PERSONALE valuta anch'essa risposte di tipo affettivo-parallele o reattive. La risposta parallela si ha quando il soggetto si mette sulla stessa lunghezza d'onda dell'altro che sta provando sconforto o disagio. Quella reattiva si ha invece nel caso in cui il soggetto provi un'emozione per difendersi dagli affetti che la persona osservata sta sperimentando.

L'Indice di Reattività Interpersonale è a tutt'oggi il questionario più utilizzato per misurare la disposizione alla responsività empatica di soggetti adulti ed adolescenti. Il suo impiego in numerose ricerche ha consentito ulteriori validazioni che hanno sempre confermato la sua configurazione fattoriale oltre che la sua robusta consistenza interna e la sua attendibilità (Franzoi, Davis e Young 1985) (Long e Andrews 1990). E' stato tradotto in italiano (Albiero, Ingoglia, Lo Coco 2006) e somministrato ad una vasta popolazione di studenti di scuola superiore.

Questionario INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX (DAVIS)

- 1- Sogno ad occhi aperti e fantastico con una certa regolarità sulle cose che potrebbero accadermi (f)
- 2- Provo spesso sentimenti di tenerezza e di preoccupazione per le persone meno fortunate di me (ce)
- 3- A volte trovo difficile vedere le cose dal punto di vista di un'altra persona (pt)
- 4- A volte non mi sento molto dispiaciuto per le altre persone che hanno problemi (ce)
- 5- Resto veramente coinvolto dagli stati d'animo dei protagonisti di un racconto (f)
- 6- In situazioni di emergenza mi sento apprensivo e a disagio (dp)
- 7- Riesco solitamente ad essere obiettivo quando guardo un film o una rappresentazione teatrale e raramente mi lascio coinvolgere del tutto (f)
- 8- In caso di disaccordo cerco di tener conto del punto di vista di ognuno prima di prendere una decisione (pt)
- 9- Quando vedo qualcuno che viene sfruttato provo sentimenti di protezione nei suoi confronti (ce)
- 10- A volte mi sento indifeso quando mi trovo in situazioni emotivamente molto coinvolgenti (dp)
- 11- A volte cerco di comprendere meglio i miei amici immaginando come le cose appaiono dalla loro prospettiva (pt)
- 12- Mi accade raramente di essere molto coinvolto da un buon libro o da un bel film (f)
- 13- Quando vedo qualcuno farsi male tendo a restare calmo (dp)
- 14- Le sventure delle altre persone a volte non mi turbano molto (ce)
- 15- Se sono sicuro di aver ragione riguardo a qualcosa, non spreco molto tempo ad ascoltare le argomentazioni degli altri (pt)
- 16- Dopo aver visto una rappresentazione teatrale o un film mi sono sentito come se io fossi uno dei protagonisti (f)
- 17- Trovarmi in situazioni che provocano tensione emotiva mi spaventa (dp)
- 18- Quando vedo qualcuno che viene trattato ingiustamente talvolta mi capita di non provare molta pietà per lui (ce)
- 19- Sono di solito piuttosto efficiente nel fare fronte alle situazioni di emergenza (dp)

- 20- Le cose che accadono mi colpiscono molto spesso (ce)
 21- Credo che esistano due opposti aspetti in ogni vicenda e cerco di prenderli in considerazione entrambi (pt)
 22- Potrei descrivermi come una persona dal cuore piuttosto tenero (ce)
 23- Quando guardo un buon film riesco molto facilmente a mettermi nei panni di un personaggio principale (f)
 24- Tendo a perdere il controllo in casi di emergenza (dp)
 25- Quando sono in contrasto con qualcuno di solito cerco di mettermi nei suoi panni per un attimo (pt)
 26- Quando leggo una storia o un racconto interessante, immagino come mi sentirei se gli avvenimenti della storia stessero accadendo a me (f)
 27- Quando vedo qualcuno che ha urgente bisogno di aiuto in una situazione di emergenza crollo (dp)
 28- Prima di criticare qualcuno cerco di immaginare cosa proverei se fossi al suo posto (pt)

f= item che satura il fattore fantasia

ce= item che satura il fattore considerazione empatica

dp= item che satura il fattore disagio personale

pt= item che satura il fattore perspective taking

2_Valutazione dell'esperienza emotiva attraverso un resoconto verbale: Intervista a domande aperte

E' bene sottolineare che qualsivoglia metodo non può prescindere dal considerare il resoconto verbale del soggetto sulla propria esperienza vicaria. Lewis e Michalson (1983) distinguono a questo proposito, fra lo stato emotivo e l'esperienza emotiva. Mentre le misure comportamentali prendono in considerazione soltanto il primo, vale a dire l'attivazione emotiva del soggetto in presenza dell'altro e l'espressione di tale attivazione, le misure verbali prendono in considerazione l'esperienza emotiva così com'è vissuta e valutata dal soggetto stesso. L'empatia rimane, infatti, una qualità ineludibilmente interna, di cui solo l'individuo può rendere conto all'osservatore esterno e di cui solo lui può chiarificare i limiti ed i confini.

A tale scopo ho voluto inserire nel mio lavoro una piccola intervista individuale rivolta ai colleghi infermieri operanti nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e nel Centro di Salute Mentale (CSM) finalizzata ad evidenziare:

- 1.Valutazione individuale circa la propria esperienza empatica
- 2.Valutazione soggettiva del potenziale disagio di fronte all'attivazione empatica
- 3.Considerazione di ognuno circa il dolore psicologico nel paziente della salute mentale

Domande:

1. Come valuti e vivi la tua esperienza empatica? Come un'esperienza cognitiva, cioè come una capacità di riconoscere e discriminare correttamente gli stati emotivi altrui, o la vivi come un'esperienza sostanzialmente emotiva ed affettiva di condivisione?
2. Come consideri la tua esperienza empatica? Come un'attivazione utile o che ti ostacola nella professione infermieristica?
3. L'esperienza empatica ti crea disagio? Quanto riesci a controllare le tue attivazioni?

4. Come valuti il dolore e la sofferenza psicologica? Credi siano più o meno forti ed invalidanti del dolore e della sofferenza fisica?

b)Campione utilizzato – Area di appartenenza – Tempi

Il questionario e l'intervista individuale sono stati somministrati ad un campione di venti infermieri provenienti dalle Unità funzionali della salute mentale adulti di Orbetello, Grosseto e Massa Marittima così suddivisi:

- 10 infermieri impiegati in SPDC (5 maschi e 5 femmine)
- 10 infermieri impiegati in CSM (5 maschi e 5 femmine)

Il questionario e l'intervista individuale sono stati somministrati in momenti distinti nell'arco di circa due mesi.

RISULTATI

Gli infermieri che hanno effettuato il questionario e risposto all'intervista ha un'età compresa tra i 35-56 anni ed esercita la professione infermieristica nella salute mentale da un minimo di 3 anni ad un massimo di 27 anni.

a)ESITO DELL'INTERVISTA INDIVIDUALE (risposte maschi – femmine)

Domanda 1:

Come valuti e vivi la tua esperienza empatica? Come un'esperienza cognitiva, cioè come una capacità di discriminare e riconoscere correttamente gli stati emotivi altrui, o la vivi come un'esperienza sostanzialmente emotiva e affettiva di condivisione

Risposte dei maschi :

- 1.La vivo come un'esperienza affettiva di condivisione una cosa che ti senti dentro
- 2.Credo sia una risposta affettiva di condivisione che deve essere poi interpretata e mediata con il cervello e l'esperienza
- 3.Vivo la mia esperienza empatica come un'esperienza emotiva affettiva, un'attivazione per comprendere l'altro
- 4.La vivo come un'esperienza affettiva che dipende dalla sensibilità dell'operatore, che bisogna imparare a gestire
- 5.Per me è un'esperienza combinata e dipende dal tipo di paziente che hai di fronte
- 6.La vivo come un'esperienza emotiva affettiva di condivisione
- 7.La vivo come un'esperienza emotiva: di pancia
- 8.Credo sia un'esperienza sostanzialmente emotiva
- 9.La vivo come un'esperienza cognitiva cioè di riconoscimento
- 10.La vivo come un'esperienza di pancia che dipende dalla sensibilità dell'operatore e che devi imparare a gestirla

Risposte delle femmine:

- 1.La vivo come un'esperienza emotiva ed affettiva che dipende dalla sensibilità dell'infermiere e che si lega anche a quello che una persona ha vissuto
- 2.Credo sia una capacità di riconoscimento
- 3.La vivo come un'esperienza emotiva ed affettiva, una sensazione a pelle, una sensibilità
- 4.La vivo come un'esperienza emotiva controllata cognitivamente
- 5.La vivo come un'esperienza emotiva e cognitiva, è come uno strumento per riconoscere il vissuto emotivo dell'altro
- 6.La vivo come un'esperienza emotiva ed affettiva di sensibilità
- 7.Credo dipenda da ambedue le attivazioni
- 8.La vivo come un'attivazione emotiva di condivisione
- 9.La vivo come un'esperienza emotiva ed affettiva che dipende dalla sensibilità dell'infermiere. E' come un dono: o lo hai o non lo hai, una dote
- 10.Credo sia un'esperienza emotiva ed affettiva di condivisione

Domanda 2

Come consideri la tua esperienza empatica? Come un'attivazione utile o che ti ostacola nella professione infermieristica?

Risposte dei maschi:

- 1.La vivo come un'esperienza utile per entrare in sintonia con il paziente
- 2.E' un'esperienza utile perché mi dà la capacità di immedesimarmi nei confronti di chi mi sta di fronte
- 3.Mi è utile perché mi dà la possibilità di entrare in contatto con il paziente
- 4.Un'esperienza non controllata mi ostacola, ma mediata mi aiuta ad entrare in sintonia con il paziente
- 5.Mi è utile nel lavoro, a volte però può anche essere anche controproducente
- 6.Vivo l'esperienza empatica come un'attivazione utile in quanto mi consente di comprendere meglio l'altro
- 7.Vivo l'esperienza empatica come utilissima, mi dà la capacità di entrare nell'altro
- 8.Mi è utile perché mi aiuta ad accorciare le distanze tra me ed il paziente
- 9.Mi aiuta, mi dà l'idea di poter capire le varie sfaccettature di chi mi sta di fronte
- 10.La vivo come un'esperienza indispensabile perché mi dà la possibilità di comunicare alla pari

Risposte delle femmine:

- 1.Credo sia utile sino ad un certo punto, ti dà la possibilità di capire l'altro
- 2.Mi è utile perché mi dà la possibilità di predispormi nei confronti del paziente
- 3.Mi aiuta nel lavoro e nella vita a conoscere meglio gli altri ed anche me stessa
- 4.Mi aiuta a stabilire n contatto e ad entrare in relazione con il paziente
- 5.E' indispensabile nel mio lavoro perché mi aiuta a comprendere chi mi sta di fronte
- 6.Mi dà la possibilità di immedesimarmi nel vissuto dell'altro senza però farsi invadere
- 7.Mi dà la possibilità di comprendere gli stati d'animo altrui e mi aiuta a muovermi nella relazione
- 8.Credo sia fondamentale per svolgere la professione in salute mentale perché ti consente di entrare in contatto con il vissuto dell'altro
- 9.E' utile nel mio lavoro perché mi facilita nel rapporto per comprendere meglio l'altro
- 10.Mi dà la possibilità di mettermi in sintonia con il paziente

Domanda 3:

L'esperienza empatica ti crea disagio? Quanto riesci a controllare le tue attivazioni

Risposte dei maschi:

- 1.A volte mi provoca disagio, ma comunque riesco a controllarla abbastanza bene
- 2.Riesco a controllare quasi sempre il disagio che nasce dalle mie attivazioni emotive
- 3.Bisognerebbe sempre controllare queste attivazioni ma a volte non ci riesco e mi danno molto disagio
- 4.Riesco a controllare le mie attivazioni emotive
- 5.Di solito riesco a controllarle ma spesso ho disagio
- 6.L'esperienza empatica mi crea disagio ma con l'esperienza le cose sono migliorate notevolmente
- 7.L'esperienza empatica mi crea disagio che controllo o cerco di controllare grazie anche all'esperienza
- 8.Riesco a controllare le mie attivazioni emotive, e con il passar del tempo sempre meglio
- 9.Ormai con l'esperienza riesco a controllarle ma a volte comunque mi danno disagio
- 10.Ho disagio che comunque tollero molto bene

Risposte delle femmine:

- 1.Riesco a controllare le mie attivazioni e di solito non mi danno disagio
- 2.Riesco a controllare sempre meglio le mie attivazioni grazie all'esperienza ma comunque ho un po' di disagio
- 3.In genere riesco a controllare le mie attivazioni ma una volta mi è capitato di farmi contagiare: non riesco più a stare e comunicare con una paziente
- 4.Riesco a controllare le mie attivazioni
- 5.Riesco a controllare quasi sempre le mie attivazioni, a volte mi danno disagio. Il tempo e l'esperienza mi hanno aiutata
- 6.Non mi danno disagio e riesco a controllare sempre meglio queste attivazioni grazie all'esperienza
- 7.Mi danno disagio ma comunque riesco a controllarle
- 8.Riesco a controllare le attivazioni emotive però ho un po' di disagio
- 9.Riesco a controllare le mie attivazioni e non mi danno disagio
- 10.Mi danno disagio ma con l'esperienza riesco a controllarle

Domanda 4:

Il dolore e la sofferenza psicologica credi siano più o meno invalidanti e forti del dolore e della sofferenza fisica?

Risposte dei maschi

- 1.Il dolore psicologico credo sia devastante, ti fa suicidare. Una volta una paziente mi ha detto che avrebbe preferito avere un cancro al posto del suo dolore psichico. Il dolore psicologico non passa mai
- 2.Il dolore psicologico a mio avviso non è da meno del dolore fisico
- 3.Il dolore psicologico è più invalidante del dolore fisico. Io preferirei avere dolore fisico
- 4.Penso che il dolore psicologico sia più forte del dolore fisico
- 5.Il dolore fisico si può controllare, gestire, limitare nel tempo, quello psicologico può durare tutta la vita
- 6.Credo sia più intenso il dolore psichico perché è intangibile e dà un senso d'impotenza in quanto non si controlla
- 7.Il dolore psicologico a mio avviso è maggiore perché è indecifrabile, non si comprende l'origine
- 8.Il dolore psicologico è maggiore del dolore fisico
- 9.Il dolore psicologico secondo me è meno invalidante del dolore fisico
- 10.Il dolore psichico è maggiore perché offende la vitalità e l'anima dell'uomo

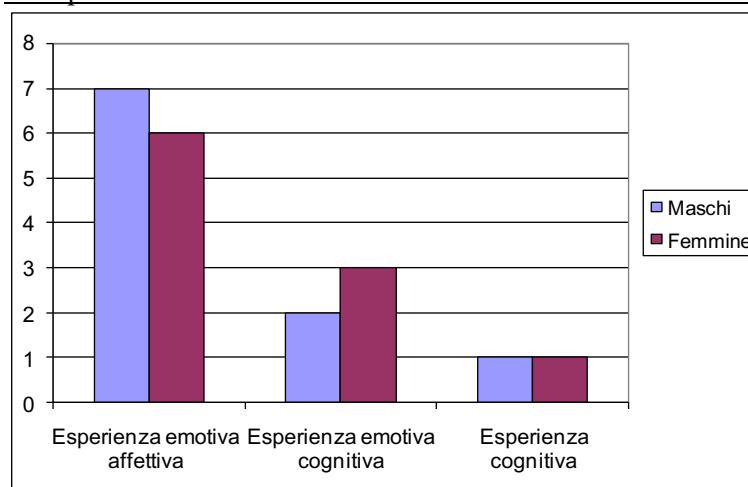
Risposte delle femmine

- 1.Il dolore psichico è più forte di quello fisico perché dura nel tempo e viene poco considerato dall'ambiente
- 2.Il dolore psicologico è più alto di quello fisico
- 3.Credo sia maggiore il dolore psicologico di quello fisico
- 4.Penso che il dolore psicologico sia più invalidante perché non si controlla e può durare tutta la vita
- 5.Penso sia più forte il dolore psicologico: è quasi incontrollabile
- 6.Il dolore fisico può essere limitato nel tempo, quello psicologico può durare tutta una vita
- 7.Il dolore psicologico è intenso quanto quello fisico
- 8.Credo che il dolore psicologico e fisico facciano capo ad una stessa matrice, ed è una percezione individuale
- 9.Credo che il dolore psicologico sia molto più invalidante di quello fisico
- 10.Il dolore psicologico penso sia più invalidante

Rappresentazione grafica dell'intervista individuale

Grafico domanda n. 1

Come valuti e vivi la tua esperienza empatica? Come un'esperienza cognitiva, cioè come una capacità di riconoscere e discriminare correttamente gli stati emotivi altrui, o la vivi come un'esperienza sostanzialmente emotiva ed affettiva di condivisione?



(che bisogna imparare a gestire)

Grafico domanda n. 2

Come consideri la tua esperienza empatica? Come un'attivazione utile o che ti ostacola nella professione infermieristica?

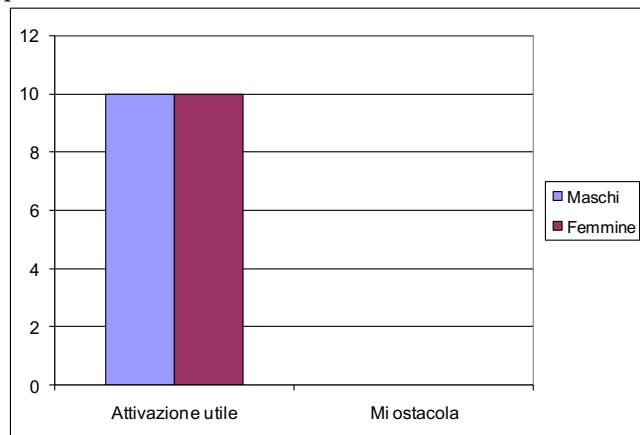


Grafico domanda n.3

L'esperienza empatica ti crea disagio? Quanto riesci a controllare le tue attivazioni?

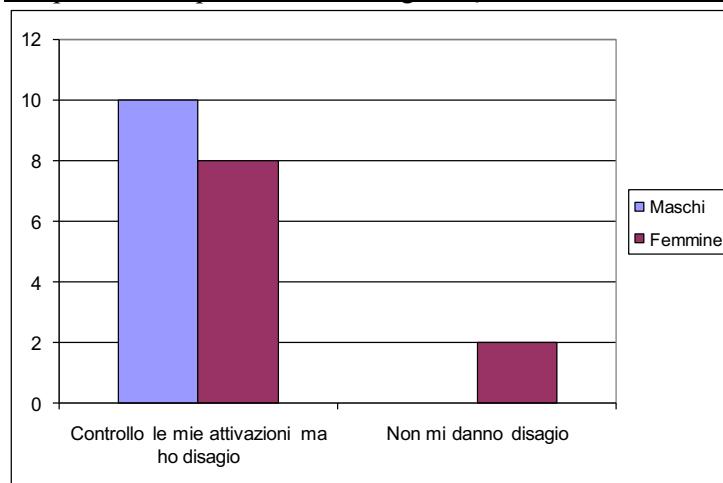
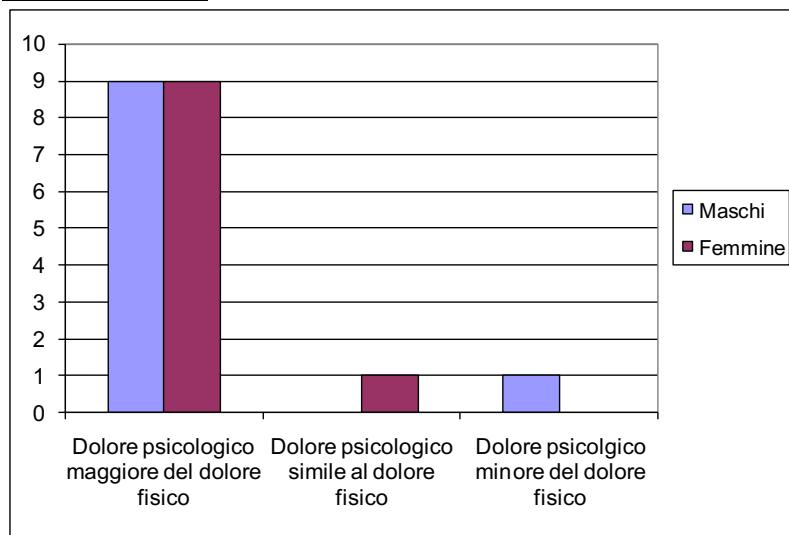


Grafico domanda n.4

Il dolore e la sofferenza psicologica credi siano più o meno invalidanti e forti del dolore e della sofferenza fisica?



Analisi dei dati raccolti nell'intervista individuale

Dal gruppo di infermieri presi a campione emerge in maniera sostanziale un vissuto empatico di tipo emotivo affettivo (da imparare a gestire) o emotivo cognitivo (esperienza combinata) nella quasi totalità dei soggetti; solamente due professionisti riferiscono di vivere la propria attivazione empatica come un'esperienza cognitiva. Emerge altresì un'esperienza empatica che provoca disagio in quasi tutti gli operatori, nonostante questo sia vissuto e controllato sempre meglio con l'esperienza. Nessuno tra gli intervistati vive la propria attivazione emotiva come un ostacolo o un impedimento allo svolgimento del proprio lavoro, ma viene considerata invece come uno strumento utile e indispensabile per la pratica infermieristica nella salute mentale.

Diciotto colleghi su venti credono che il dolore psicologico sia più forte ed invalidante del dolore fisico. Lo scopo di questa mia domanda è stato quello di avere un'informazione se pur minima riguardo alla considerazione di ognuno circa l'autenticità della sofferenza e della malattia psichica fondamentale a parer mio per instaurare una vera e significativa relazione terapeutica.

b) ESITO DEL QUESTIONARIO INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX DI DAVIS (rappresentazione grafica e statistica)

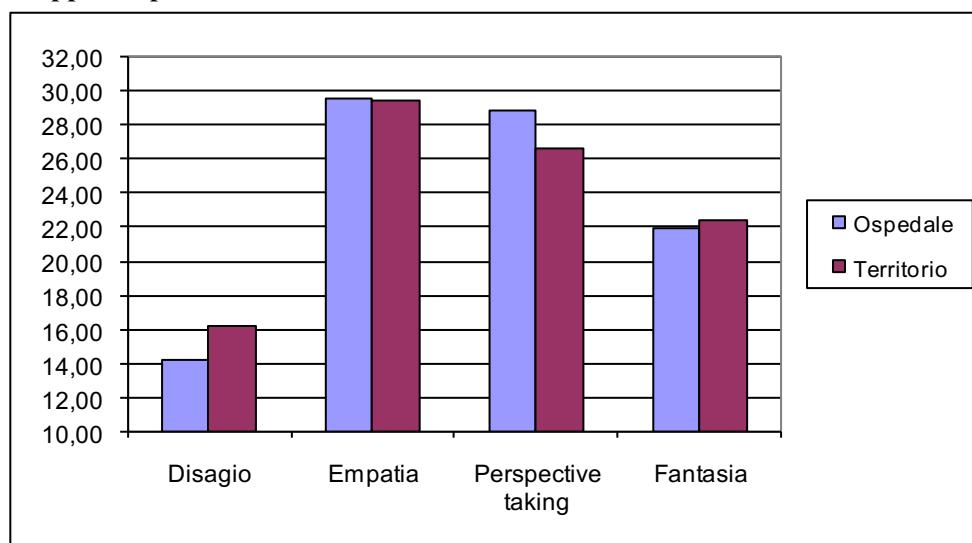
Dalle elaborazioni non sono emerse differenze tra ospedale e territorio nei vari domini del questionario, né differenze tra i sessi. Tale risultato è dimostrato dall'analisi statistica (al Friedman test che non evidenzia differenze significative - le P sono sempre ampiamente maggiori di 0,05) e illustrato dai grafici le cui barre che indicano i punteggi medi nei vari domini per i diversi gruppi, ovvero ospedale-territorio e maschi-femmine, sono più o meno della stessa altezza. Si rileva comunque una tendenza da parte delle femmine ad avere punteggi leggermente più alti in tutte e quattro le aree di indagine.

Gruppo : Ospedale Territorio

	Sede	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Disagio	ospedale	10	14,20	3,293	1,041
	territorio	10	16,20	2,300	,727
Empatia	ospedale	10	29,60	3,373	1,067
	territorio	10	29,50	1,958	,619
Perspective taking	ospedale	10	28,90	2,470	,781
	territorio	10	26,70	2,830	,895
Fantasia	ospedale	10	22,00	6,896	2,181
	territorio	10	22,40	3,978	1,258

Independent Samples test

Gruppo: Ospedale Territorio

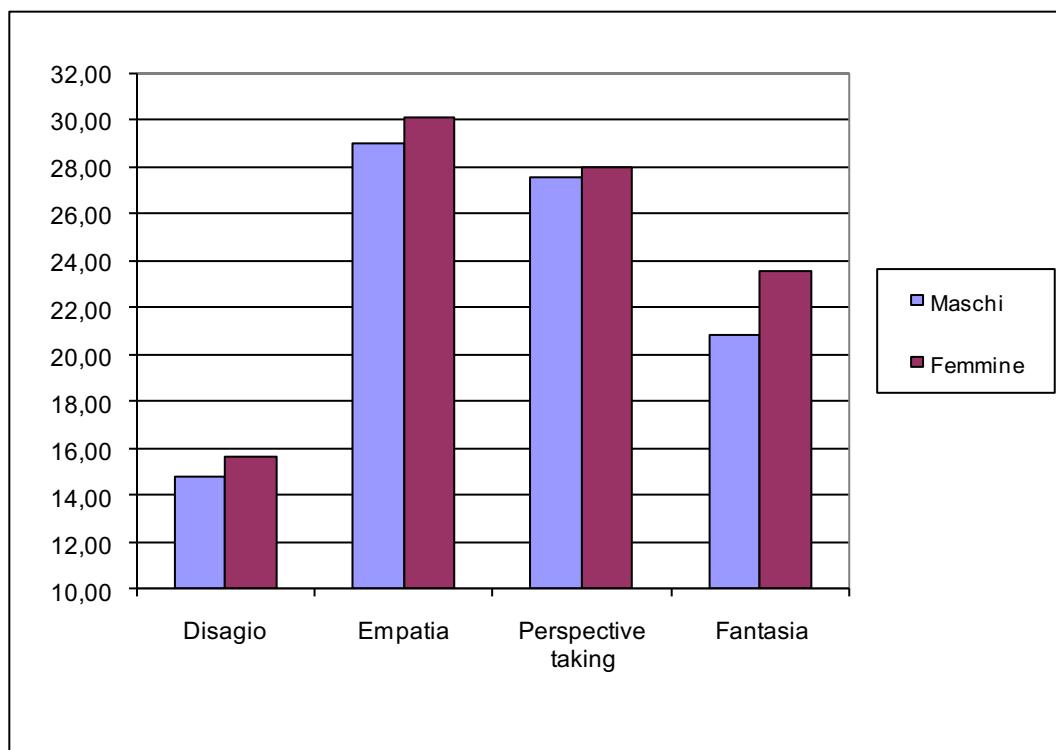


Gruppo :Maschi Femmine

	Sesso	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Disagio	maschi	10	14,80	2,573	,814
	femmine	10	15,60	3,373	1,067
Empatia	maschi	10	29,00	3,162	1,000
	femmine	10	30,10	2,132	,674
Perspective taking	maschi	10	27,60	3,239	1,024
	femmine	10	28,00	2,494	,789
Fantasia	maschi	10	20,80	5,770	1,825
	femmine	10	23,60	5,082	1,607

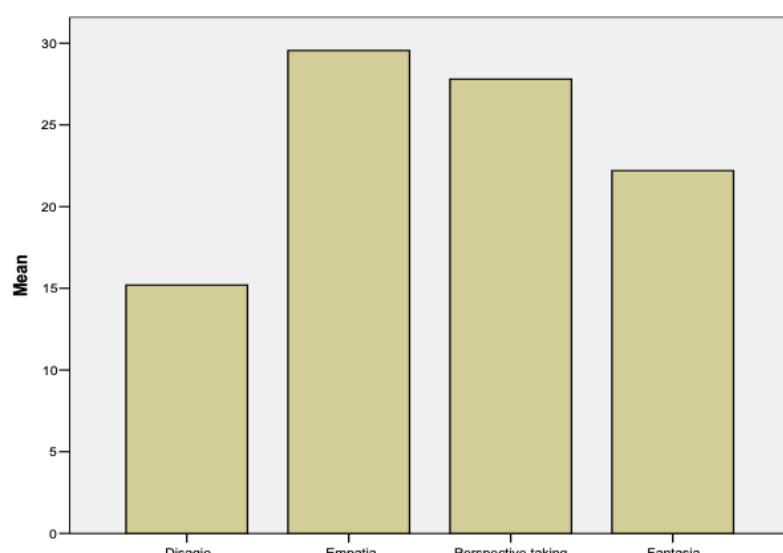
Independent Samples Test

Gruppo maschi - femmine



Emergono invece differenze significative tra i vari domini, (le P sono inferiori a 0,05) sia nell'intero campione, che considerando separatamente il territorio e l'ospedale, i maschi e le femmine, nonché i maschi del territorio, i maschi dell'ospedale, le femmine del territorio e le femmine dell'ospedale come 4 singoli gruppi. Considerazione empatica e perspective talking sono i domini con punteggi più elevati in tutti i casi, con valori inferiori segue il fattore fantasia, mentre la scala relativa al disagio personale con punteggi intermedi si rileva come il dominio meno rappresentato.

Configurazione media dell'intero campione. ** P < 0,05 a Friedman test



Interpretazione del questionario

Il lavoro si inserisce in un ampio filone di ricerca-intervento e focalizza la responsività empatica di operatori sanitari.

Nonostante l'esiguità della popolazione considerata, i risultati possono dare utili orientamenti per la prosecuzione dello studio.

Le conclusioni cui si perviene appaiono davvero interessanti e gettano luce su come la responsività empatica possa essere considerata una competenza da promuovere per un migliore rapporto fra paziente ed operatore. La parte quantitativa conferma quanto emerso dalle interviste che infatti mostrano una realtà esperienziale composita e sottolineano quanto l'esperienza di mettersi nei panni

emotivi di un'altra persona sia fondamentale per strutturare una relazione consapevole con il malato o con chi soffre in generale. Gli intervistati stessi superano la classica dicotomia che ha accompagnato la storia del costrutto empatico (se sia prima una esperienza cognitiva e dopo affettiva o viceversa) e parlano chiaramente di esperienza “combinata”, giusto termine per esprimere la complessità della natura dell'empatia ed i comportamenti cui essa può dare luogo. Credo allora, sia dunque possibile condividere, senza essere travolti dal contagio e che si può comprendere senza essere distrutti dalla sofferenza altrui. Si tratta allora di lavorare in questa direzione sia nella formazione di base che in quella continua, educando, proponendo e sostenendo l'esperienza empatica, perché la capacità di cogliere il dolore del malato e di adoperarsi per ridurlo non rappresenti una qualità accessoria di cui poter fare a meno, ma diventi parte della competenza professionale di cui ogni operatore possa disporre.

CONSIDERAZIONI FINALI

Dal gruppo di infermieri sottoposti allo studio emerge a mio avviso un livello ottimale di attivazione emotiva ed un'alta sensibilità e disponibilità rivolte ad accogliere il vissuto emotivo dell'altro. Quasi tutti i colleghi vivono la propria esperienza empatica come un'attivazione emotiva-affettiva (che bisogna imparare a gestire) o affettiva-cognitiva (esp. combinata) di condivisione considerandola come: un dono, una dote, un'infermiera ha espresso questi aggettivi per descrivere questa attivazione che offre al professionista la possibilità di: mettersi in contatto; in sintonia; di predisporsi a comprendere l'altro; di immedesimarsi; uso le affermazioni dei colleghi che descrivono questo fenomeno come utile ed indispensabile per lo svolgimento della professione infermieristica nella salute mentale, “uno strumento” così definito da un operatore che bisogna imparare a gestire.

Questi infermieri della salute mentale che si confrontano per otto e più ore al giorno con il dolore ed i fantasmi forse propri di tutta l'umanità, un dolore che definiscono devastante ed interminabile, espressione di una sofferenza più invalidante a loro avviso del dolore fisico, dimostrano di non aver paura e di non aver bisogno di schermarsi completamente e di negare la sofferenza, tanto da considerare la propria esperienza empatica utile ed indispensabile, quasi un'abilità di cui non poter fare a meno, nonostante provochi loro disagio come emerge dalle risposte agli item sul controllo delle attivazioni e dall'intervista individuale. Tutti i colleghi rispondono di saper gestire la propria esperienza empatica ma provano comunque disagio che riescono a tollerare con l'esperienza nonostante la consapevolezza sui rischi che tale attivazione serba a chi non riesce a gestirla. A tal proposito un'infermiera durante l'intervista individuale mi ha riferito di aver vissuto un episodio di

contagio emotivo, determinando in lei problemi successivi di tipo relazionale con una determinata paziente.

Il gruppo in esame dimostra di aver ben chiara la conoscenza circa la propria attivazione emotiva e soprattutto di aver sviluppato un'alta considerazione e percezione della sofferenza mentale, senza aver paura di esporsi e di mettersi in gioco, nonostante tutto questo implichi un disagio difficile da sostenere.

Una ricerca (Bonino S., Giordanengo B., 1993) condotta su operatori sanitari ha evidenziato che tutti i professionisti sottoposti allo studio pur essendo capaci di immedesimarsi nella situazione degli altri, rispondevano empaticamente in meno della metà dei casi. Possono agire anche qui come nel riconoscimento delle emozioni, valutazioni difensive di varia natura che possono condurre i soggetti a non aprirsi alla condivisione. Paradossalmente la negazione della sofferenza del paziente è sembrata apparire al personale sanitario coggetto dello studio, come l'estremo modo per continuare a fornire un aiuto sufficiente, che sarebbe stato vanificato dal contagio. L'incapacità di riuscire a relazionarsi in modo davvero empatico, vale a dire differenziato e mediato, fa in realtà fallire il comportamento di aiuto, perché la negazione conduce all'oggettivazione dell'altro. Se gli aspetti tecnici del pronto soccorso sono forse salvi, viene a cadere la considerazione dell'altro come persona dotata di emozioni del cui benessere ci si dovrebbe fare carico. Uno studio successivo condotto sugli adolescenti e gli adulti, (Bonino S. 1994) ha evidenziato che i primi più dei secondi considerano l'empatia un'esperienza negativa che preferirebbero in futuro evitare. Gli operatori delle UO Salute Mentale Adulti, di Orbetello, Grosseto e Massa Marittima sottoposti al mio piccolo studio, considerano la propria esperienza empatica come utile ed indispensabile per comprendere gli altri ed anche se stessi.

Dalla somministrazione del questionario di Davis emergono valori decisamente alti sia nell'area di perspective taking, sia nella scala considerazione empatica. Dai punteggi di tipo intermedio come evidenziati dalle risposte agli item che saturano il fattore disagio personale emerge altresì che i colleghi attivano strategie difensive di fronte alla sofferenza altrui ma non in maniera massiccia ed assoluta, lasciando spazio così alla condivisione ed evitando l'oggettivazione dell'altro. “Si può pensare” che in ambiti sanitari ove la prestazione essenziale si riflette in genere nell'intervento di emergenza-urgenza o dove comunque ci si confronta prevalentemente con un dolore (di ordine fisico) non si determini, a causa delle alte difese mobilitate dagli operatori, un grande spazio per una condivisione emotiva, mentre nell'universo della salute mentale ove la prestazione assume il suo significato maggiore nella relazione, l'approccio nei confronti della sofferenza può assumere toni profondamente diversi e la risposta empatica può apparire come la migliore o forse l'unica risorsa in termini di “chiave di lettura dei rapporti umani”. In conclusione dal gruppo di infermieri

preso in esame si evidenzia un grande “potenziale umano” ed una “grande sensibilità” “generati” dalla relazione infermiere-paziente ed identificabili come ottime premesse volte a sostenere una futura crescita della figura infermieristica nella salute mentale, proiettata oltre i vari aspetti clinici e sintomatologici, ma rivolta verso l'accoglienza e la comprensione dell'altro con l'unico obiettivo di salvaguardare la centralità e la soggettività della persona malata.

Mi auguro che l'argomento da me affrontato possa diventare oggetto di ulteriori e maggiori approfondimenti, magari attraverso studi successivi affinchè si possa perseguire un giorno un modello operativo infermieristico per la salute mentale attendibile, riproducibile, ed ispirato dagli insegnamenti di John Bowlby. Il futuro dell'infermiere case manager della salute mentale dipenderà sicuramente dalla sua capacità nel saper organizzare "pacchetti di cura" personalizzati in maniera adeguata, ma soprattutto dalla sua disponibilità a somministrare se stesso all'altro, dalla sua capacità di tendere la mano e dalla sua volontà di mettersi in gioco e di aprirsi alle esigenze altrui.

La mia piccola ricerca non ha alcuna pretesa se non la speranza di aver creato un momento di riflessione interiore volta alla propria comprensione, e alle potenzialità di comprendere l'altro nel momento in cui comprendiamo noi stessi.

Riferimenti bibliografici

- Bonino S., Lo Coco A., Tani F. *Empatia: i processi di condivisione delle emozioni*, Gruppo editoriale Giunti 1998, pp. 1-61, 99-103, 114-115, 118-121, 125-126, 133-138, 143-145, 179-181.
- Ainsworth, M. (1982) Attachment: retrospect and prospect. In: Parkes, C. M., Stevenson – Hinde, J. *The place of attachment in Human Behavior*. Tavistock, London.
- Albiero P, Ingoglia S, Lo Coco A (2006). *Contributo all'adattamento italiano dell'Interpersonal Reactivity Index*. TPM. Testing Psicometria Metodologia, 13, 2, 107-125.
- Amerio P. *Fondamenti teorici di psicologia sociale*, Il Mulino. pp 109-112, 355-362
- Andrewes G., Hunt C., Jarry M., Morosini P., Roncone R., Ribaldi G. *Disturbi mentali*, Centro scientifico editore 1994, pp. 55-57, 67-76
- Balint M. (1968) *Il difetto fondamentale*. Tr. it. in: *La regressione*. Raffaello Cortina editore, Milano 1983.
- Bernard P. *L'infermiere psichiatrico manuale teorico pratico* . Feltrinelli editore Milano 1976, pp. 237-247, 252-257.

- Bonino S., Lo Coco A., Tani F. *Empatia: i processi di condivisione delle emozioni*, Gruppo editoriale Giunti 1998, pp. 1-61, 99-103, 114-115, 118-121, 125-126, 133-138, 143-145, 179-181.
- Bonino S. *Mille fili mi legano qui; vivere la malattia*. Laterza 2006, pp. 9. 57-58, 83-84, 97-99.
- Bowlby J. (1951) *Maternal Care and Mental Health*, World Health Organisation, Monograph Series, 2.
- Bowlby J. (1973a) *Attaccamento e perdita*, vol. 2: *La separazione dalla madre*. Boringhieri, Torino 1975.
- Bowlby J. (1985) The role of childhood experience in cognitive disturbance. In: Mahoney, M. J., Freeman, A. (Eds) *Cognition and Psychotherapy*. Plenum Publishing Corp., New York, London, pp. 181-200.
- Brown G., Harris T. (1978) *The social origins of depression*. Tavistock, London.
- Bryer, J., Nelson, B., Miller J., Krol P. (1987) Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 144, pp. 1426-1430.
- Cassis I. art. *L'infermiere Case Manager in psichiatria*. L'infermiere n. 7 2006 pp. 21-25.
- Corlito G., Camici C. *Atti del II° Corso Monotematico dell'Amiata*. Lo Scioiattolo 1998 pp. 12-18.
- Darwin C. (1872-1965), *The expression of the emotions in man and animals*, (trad. It. L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali, Utet, Torino, 1971).
- Davis M.H. (1980), A multidimensional approach to individual differences in empathy, *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Davis M.H. (1983), Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-236
- Davis M.H. (1994), *Empathy. A social psychological approach*, Brown & Benchmark, Madison.
- Eisenberg N., Shea C.L., Carlo G., Knight G. P. (1991), Empathy related responding and cognition: A chicken and egg dilemma. In W. Kurtines e J. Gewirtz (Eds), *Handbook of moral behavior and development*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, 2, 63-88.
- Falloon I. *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria* . Erickson 1992 pp. 74,113-121
- Feshbach N. (1982), Sex differences in empathy and social behavior in children. In N. Eisenberg (Ed.), *The development of prosocial behavior*, Academic Press, New York, 315-338.

- Franzoi S. L., Davis M. H., Young R. D. (1985), The effects private self consciousness and perspective taking on satisfaction in close relationships, *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1584-1594.
- Goracci A., Martinucci M., Castrogiovanni P. *L'impatto della psicopatologia affettiva sulla qualità della vita*. Giovanni Fioriti editore 2006 pp. 2-5, 10-11, 14-16, 102.
- Hoffman M. L. (1987), The contribution of empathy to justice and moral judgment. In N. Eisenberg, J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development*, Cambridge University Press, New York, 47-80.
- Holmes J. *La teoria dell'attaccamento*, John Bowlby e la sua scuola. Raffaello Cortina editore 1994 pp. 1-10, 14-21, 40-41, 65-90, 110-118, 121-124, 155-183, 185-202, 215-218.
- Lewis M., Michalson L. (1983), *Children's emotions and moods: Developmental theory and measurement*, Plenum Press, New York.
- Long E. C. J., Andrews D. W. (1990), Perspective taking as a predictor of marital adjustment, *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 126-131.
- Mecacci L. *Storia della psicologia del '900*. Edizioni Laterza 1992 pp. 162-163.
- Morino F. A., Cavallero P., Ferrari G. M. *Narrare la sofferenza del vivere*. Edizioni Angelo Guerrini 2000 pp. 17-23.
- Sirigatti S. *Manuale di psicologia generale*. Utet libreria 1995 pp. 167-171.
- Stotland E., Mathews K. E., Sherman S. E., Hansson R. O., Richardson B. E. (1978), *Empathy, fantasy and helping*, Sage, Beverly Hills.
- Strayer J. (1987 a), Affective and cognitive perspectives on empathy. In N. Eisenberg, J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development*, Cambridge University Press, New York, 218-244.
- Strayer J. (1987b), Picture-story indices of empathy. In N. Eisenberg, J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development*, Cambridge University Press, New York, 351-355