

Annamaria Loiacono

**L'EMPATIA COME STRUMENTO TERAPEUTICO**

“Profondo è il mondo,  
e più profondo di quanto abbia pensato il giorno.” (F.Nietzsche)

“L’empatia comincia nel contatto non verbale, di pelle, di contatto fisico, di intonazione della voce, tra madre e figlio. La madre condivide le esperienze del figlio attraverso il tatto e il contatto fisico e, a distanza, attraverso segni acustici e visivi. Il bambino impara a riconoscere e condividere le esperienze della madre attraverso percezioni primitive.” (R.Greenon)

Da queste parole si può intanto dedurre che provare empatia significa saper condividere, essere capaci di partecipare parzialmente e temporaneamente, di coinvolgersi nelle esperienze emotive dell’altro.

Ma quanto questo è possibile? Quali livelli di consapevolezza riguarda? Quali funzioni dell’Io comprende? Come si può utilizzare l’empatia senza scadere nello spontaneismo? Perché si è sentito il bisogno di ricorrere al concetto di empatia, prima in filosofia e poi in psicoanalisi?

Queste e molte altre questioni possono essere sollevate, e cercheremo di attendere a ciascuna di esse. Cominciamo pertanto dall’inizio, dal concetto stesso di empatia, che affonda le sue origini nella filosofia ottocentesca, e che risulta essere il più adeguato a soddisfare il bisogno di superamento del dualismo conoscitivo ed esistenziale (noumeno e fenomeno) entro il quale il pensiero speculativo fino a Kant era rimasto imprigionato.

Hans Georg Gadamer (1900), il più notevole rappresentante dell’ermeneutica filosofica (filosofia antipositivistica che contesta l’esserci il senso di un testo in sé indipendente da una interpretazione), scrisse: “...è il gioco che viene giocato o che si svolge ...non c’è alcun soggetto stabile a giocarlo ... (giacchè) l’essere del gioco non è tale da esigere che vi sia un soggetto che si atteggi ludicamente perché il gioco sia giocato”. Fin dall’inizio nel nostro secolo è chiara, dunque, la consapevolezza che non ci si può più aggrappare all’”io” come a una sostanza, un sub-jectum di fronte o contro il quale l’oggetto stia in rapporto, poiché tale rapporto sarebbe di irrelazione (non-relazione) assoluta, cioè un oggetto che si alza frontalmente dinanzi al soggetto. E’ questo dualismo di fondo, proprio di ogni relazione “tra” soggetto e oggetto, ad essere la preoccupazione costante dell’indagine filosofica, e sarà il contributo di Freud con la scoperta dell’Es (Die Traumdeutung, 1899\1900) a consentire una svolta decisiva nella questione. Se c’è l’Es, non si può più ricorrere ad un soggetto arroccato nella boria di un io che esiste solo in quanto agisce o pensa (l’ego cogito cartesiano e l’ich denke kantiano).

Sul frontespizio de “L’interpretazione dei sogni” si legge il motto latino: “Flectere si nequeo superos, Acheronta movebo.” (Se non posso piegare le potenze divine superiori, sommuoverò l’Acheronte). Sono parole che Virgilio, nell’Eneide, mette in bocca a

Giunone che intende sollevare l'Acheronte contro la prepotenza dispotica di Giove, per poter meglio comprendere le cose umane. Freud annota che l'Acheronte raffigura gli impulsi pulsionali rimossi, tramite i quali si possono finalmente illuminare le profondità dell'animo umano, accogliendo l'invito del "pensiero notturno" di Nietzsche per accedere alla "profondità del mondo", che ho scelto per introdurre il tema del nostro incontro, ed anche, se vogliamo, per accedere a quella "seconda vita segreta delle cose che non può essere espressa con le parole" di Musil. Con la scoperta dell'Es, insomma, si può intaccare la sfiducia nella parola di Hugo von Hofmannsthal, fendere la coltre di silenzio di Wittgenstein, con la sua non-dicibilità di tutto ciò che va oltre il dominio gnoseologico in un mondo "altro" da quello fisico (1), e andare a scandagliare sotto "la superficie illuminata delle cose", fino ad arrivare (forse?) ai giorni nostri ad essere capaci di rinunciare a "conoscere" non solo l'essenza delle cose, quanto la loro alterità, accontentandoci, ma con gioia intensa, di "cogliere" l'altro e l'essenza della "relazione" con l'altro attraverso una forma di conoscenza che sta "sotto la superficie illuminata delle cose" e che non viene esperita attraverso il predominio della "parola". Per andare oltre il silenzio ed oltre la nausea per la parola, lo scienziato e il pensatore dovranno avvicinarsi al mondo dell'artista per trovare lo spazio per un discorso scientifico nuovo su cose che sembravano dette, scientificamente appunto, in maniera definitiva. Torniamo quindi al concetto di empatia.

Il primo segno di attenzione, pur senza mai nominarlo chiaramente, al processo empatico ci viene da Friedrich Schleiermacher, che nel primo ottocento gli assegna il carattere di conoscenza immediata, per osservare ed indagare i processi spirituali in noi stessi e per comprendere l'alterità. Il soggetto era infatti da lui visto come contenente in sé la totalità, quindi poteva conoscere per via empatica, perché conosceva la totalità dentro di lui. (Da qui tutta la linea romantica...).

Il termine empatia compare invece per la prima volta alla fine dell'ottocento nella riflessione estetica di uno studioso di arti figurative e problematiche estetiche, Robert Vischer. Egli suggerisce che ci sono connessioni tra sistemi psichici e stati emozionali e focalizza l'attenzione sull'accadimento misterioso attraverso il quale un oggetto naturale riesce a promuovere in noi una vasta gamma di sentimenti e di emozioni (mi ricorda gli endocetti di Arieti!). Suo padre, Friedrich Theodor Vischer, aveva riconosciuto la fantasia come quella forza interiore misteriosa che è la fonte stessa del bello, riferendosi qui alla concezione estetica hegeliana del bello come "creazione e riflesso dello spirito". Suo figlio sintetizza affermando che il bello non esiste in quanto tale, ma è un puro atto di intuizione, e sostituisce i termini Hineinfulnen (sentire dentro) e Zusammenfulnen (sentire con) con i quali il padre aveva designato la capacità di cogliere il valore simbolico della natura e delle cose, con il termine Einfühlung, cioè empatia, precisamente: coglimento della vita esterna come fosse della vita interna, cioè del proprio corpo.

Fu però Theodor Lipps a fondare la sua teoria filosofica ed estetica sul concetto di empatia. Lipps (1851-1914) insegnava filosofia a Monaco, dove fondò l'istituto psicologico, distinguendo la psicologia come analisi della coscienza interiore dalla psicologia come analisi sperimentale dei fenomeni nervosi, che dominava la cultura scientifica tedesca in quegli anni, riconoscendo alla prima una piena autonomia di metodo, in questo influenzato da Husserl. Per Lipps l'unico senso della vita è quello di esprimere una forza interiore e il sentimento di questa attività interiore coincide per lui con il sentimento di sé. Se esso può esprimersi in armonia e sintonia con se stesso provoca piacere e soddisfazione, altrimenti, se imprigionato e disperso in attività contraddittorie, provoca dispiacere. Se gli oggetti vengono vissuti come possibilità di affermazione vitale dell'Io contemplativo (il Bello), essi sono sentiti, empatizzati, appunto, come positivi. L'empatia è dunque, per Lipps, il sentirsi in sintonia con l'oggetto, il cogliere che esso

“sente” ciò che noi sentiamo. Questa è la sua Estetica dell’Einfühlung. Ma il concetto di empatia, finora relegato al campo estetico, attirò subito la massima attenzione di quello psicologico, nonché più in generale di quello filosofico. Lo stesso Lipps lo utilizzò per rendere possibile teoricamente la conoscenza degli altri e la possibilità di comunicazione tra loro: possiamo “sentire” ciò che l’altro sente e proiettarci fino a lui, fino ad essere “uno” con lui. In questo modo le relazioni umane sembrano acquistare un senso grazie all’empatia.

Con Husserl assistiamo al superamento non solo del cogito cartesiano e dell’Io puro fichtiano, quanto anche a quello della distinzione tradizionale tra i fenomeni fisici e i fenomeni psichici, accolta invece anche dal suo maestro Brentano. Con il suo “Noi intersoggettivo” infatti Husserl e la scuola fenomenologica ripropone il tema dell’empatia mettendolo in relazione col mondo esterno, come linfa che dà vita al rapporto tra il soggetto e la natura e al rapporto dei soggetti tra loro. L’oggetto fisico è esclusivamente quello che noi percepiamo nelle nostre osservazioni. “Sperimentando (tutti gli altri) come uomini, li comprendo e li accetto come “io”, quale io sono. In modo tale, io percepisco il mio e il loro mondo come un solo mondo oggettivo che si diversifica soltanto nel modo in cui giunge alla coscienza”.

Eccoci così ad introdurre Edith Stein, allieva di Husserl, che si laurea nel 1916 in filosofia a Freiburg con una tesi appunto sull’empatia. Per lei l’empatia è un “atto della coscienza che è originario in quanto esperienza vissuta presente, ma non è originario in quanto a contenuto, che è di altri da noi”. Restando nell’orizzonte intersoggettivo della fenomenologia husserliana, la Stein ribadisce e precisa che la realtà esterna può essere sperimentata solo da diversi soggetti in un rapporto di reciproca comprensione tra loro. Definì poi l’essenza del ricordo, della fantasia e dell’attesa in modo simile all’empatia, in quanto anch’essi sono per lei atti della coscienza originari con un contenuto non originario e stabili anche le analogie e le differenze tra la simpatia (Mitfühlen) e l’empatia, precisando che l’una specifica l’atto originario del con-gioire con un altro, mentre l’altra quello non originario del cogliere la gioia di un altro. Le due gioie condivise nella simpatia non devono necessariamente essere uguali nel contenuto, cosa che deve accadere invece per poter parlare di empatia. Il soggetto dell’esperienza empatizzata non è dunque lo stesso soggetto che opera l’empatia, ed è impossibile per lei che i due soggetti diventino, come per Lipps, “uno”, coincidendo perfettamente in un vissuto unico dove le esperienze di un soggetto siano indistinguibili da quelle dell’altro. Ogni vissuto rimanda ad un io ben definito (di nuovo all’opposto che per Lipps, con la sua “fusione” con l’io dell’altro). Attraverso l’empatia si può cogliere la globalità della altrui individualità come in tutto simile alla propria sul piano psicofisico. Ciò consente di percepire l’esistenza indipendente del mondo esterno e di arrivare così ad una visione più autentica di se stessi. Dunque il mondo si rivela con una esistenza indipendente da me e che io posso cogliere attraverso l’esperienza intersoggettiva tramite l’empatia. L’empatia diventa così un elemento costitutivo della stessa esistenza umana: il cogliere la altrui esperienza non è un atto successivo al cogliimento della mia vita interiore e della realtà esterna, bensì un atto costitutivo di ogni esperienza di sé e del mondo.

Cominciamo così a scorgere, evocate dalle cose appena dette, quali assonanze tematiche vi siano tra questi concetti formulati in ambito filosofico ed il processo terapeutico in psicoanalisi. Ad esempio, last but not least, Martin Buber (1956), pensatore e scrittore ebraico, definisce l’uomo autentico come persona che nella relazione Io-Tu prende coscienza di sé come soggettività. Dunque l’empatia in ambito filosofico è una categoria della conoscenza interpersonale. Andiamo ora a vedere come un mezzo di conoscenza filosofica sia stato mutuato, anche se in un sistema di riferimento, in una cornice

completamente diversi da quella filosofica, quale strumento terapeutico indispensabile in psicoanalisi, e perché.

## L'EMPATIA IN PSICOANALISI

Il concetto di empatia è vittima, secondo Mark J. Blechner, di quella che lui definisce “la tradizione aberrante” in psicoanalisi, per cui un termine viene coniato e poi viene continuamente ridefinito in maniera diversa. Ma vediamo innanzitutto come mai la psicoanalisi ha sentito la necessità di ricorrere all'uso di questo concetto.

Sin dai primi decenni del secolo si cercava di trovare dei sistemi di garanzia che escludessero l'influenza di vario tipo sul processo analitico da parte della persona del terapeuta. Il problema dunque di quali connotazioni suggestive o comunque influenzanti fossero dovute alla persona dell'analista era già presente. La domanda divenne quindi la seguente: “ci si chiede se è necessario tenere fuori dal campo la persona del medico oppure se ad essa va dato un valore d'uso, e di qui il concetto di relazione, di relazione emozionale, di uso dell'aspetto emozionale della relazione, uso del fattore non interpretativo nel trattamento” (P.F. Galli, 1992). Dapprima, dunque, si riteneva che fosse il raggiungimento del ricordo, tramite l'insight, e il suo ingresso nella coscienza a determinare la guarigione, e l'interpretazione (la parola, dunque!) rappresentava lo strumento cardine per agevolare l'insight. Ci si accorge però che il problema non è il permanere dell'insight nella coscienza (può infatti essere dimenticato pur conservandosi l'effetto raggiunto), ma la funzione che si è attivata tramite l'insight, cioè principalmente la formazione di strutture. L'interpretazione non serve più così a raggiungere il contenuto, ma a permettere la formazione di strutture di permeabilizzazione, di passaggio, di interazione rispetto ai vari livelli (Galli). Diventa quindi fondante per il processo analitico una costante attività interpretativa come percorso lungo il quale formare strutture. Tale “attività” è del tutto correlata alla persona del terapeuta.

Gli anni '30 e '40 sono caratterizzati dal filone di ricerca sull'Io, sulle sue funzioni, sulla sua struttura (soprattutto con Hartmann, anche se è Stern ad occuparsene per primo dal punto di vista della tecnica). Pian piano è il concetto di Sé a prendere il posto dell'Io, perché l'Io ha intanto assunto un carattere parziale, è diventato una delle strutture all'interno di un complessivo modo di regolarsi e funzionare.

Eccoci alla grande intuizione di Kohut. Prima di lui la maturazione consisteva nella sostituzione del narcisismo con le relazioni oggettuali. La parte di narcisismo che rimaneva era considerata un residuo infantile, perciò si parlava di residuo nevrotico e si consigliava un'ulteriore analisi. Scrive Galli: “Il bisticcio che dava luogo a queste sciocchezze era questo: da una parte c'era un concetto clinico, descrivibile e osservabile, come l'autostima, che richiedeva un investimento su di sé, un investimento narcisistico; dall'altra l'idea che l'investimento narcisistico andava abbandonato per diventare relazione oggettuale”. Kohut risolve questa apparente contraddizione distinguendo tra un narcisismo originario infantile, che può avere una evoluzione patologica, e un narcisismo adulto maturo in linea con lo sviluppo e la maturazione del Sé (peraltro W. Reich aveva parlato di due narcisismi già nel '22, cioè prima ancora che Freud pubblicasse l'Io e l'Es!). Nella sua ottica il problema centrale è dunque la coesione e la maturazione del Sé, con la conseguente quota di narcisismo maturo raggiunta. Quelle che venivano considerate difese nell'analisi classica erano invece il risultato di una frammentazione.

Una delle conseguenze cliniche di questa operazione concettuale riguarda appunto l'empatia, la risposta empatica nel trattamento, quella che lui chiama “introspezione vicariante”. La relazione analitica è terapeutica nella misura in cui consente di recuperare quell'empatia che non c'è stata nelle prime esperienze relazionali del paziente e dall'altra

parte di recuperare riconoscendoli anche quegli eventuali errori di empatia del terapeuta (le “frustrazioni ottimali”). L’empatia sembrerebbe avere qui un valore d’uso di tipo essenzialmente riparativo (Galli).

Con questo nuovo orientamento cambia totalmente il modo stesso di intendere l’analisi, il che cosa, il come e il quando analizzare. Si mette in risalto l’aspetto adattivo della difesa (Hartmann), vista quindi non più solo contro il conflitto. L’organizzazione difensiva diventa la base su cui si struttura la persona, quella che ne assicura la sopravvivenza. Il compito dell’analista non è più, dunque, come nella vecchia tecnica, quello di destrutturare con le difese anche tutta l’organizzazione difensiva, ma piuttosto quello di far sì che la persona possa usare le stesse funzioni ma non solo in funzione difensiva. Per es.: un tempo nelle selezioni dei candidati analisti il nemico da battere era la nevrosi narcisistica, poiché allora narcisismo era sinonimo di immaturità, mentre capacità di relazioni oggettuali lo era di maturità. Kohut ha invece dimostrato che il narcisista per proteggersi sviluppa delle antenne relazionali sensibilissime, quindi, se analizzato e non usato più solo in funzione difensiva, il narcisismo del futuro terapeuta può al contrario garantire un alto grado di sensibilità relazionale (Galli). Di sicuro sul piano clinico il pensiero kohutiano comporta molte conseguenze che stravolgono le vecchie concezioni. Brevemente, per lui il Sé ha nuclei originari che vanno tenuti insieme; la forza motivazionale è la coesione del Sé; il pericolo più temuto è quindi la frammentazione, che comporta una regressione sul Sé, mentre non è da temersi sul piano clinico la regressione a livello dell’Io (per es. se il paz. entra in uno stato confusionale o sviluppa un delirio sul piano ideativo regredendo a livello dell’Io, non c’è da preoccuparsi perché quando uscirà dalla crisi il paz. potrà riacquistare le funzioni perse). Con questa visione diventa evidente che in analisi, mentre un’interpretazione sbagliata ci viene facilmente perdonata dal paziente, ciò che non ci verrà mai perdonata è l’offesa narcisistica. E’ l’offesa narcisistica il vero veleno del trattamento (Galli), ciò che può inavvertitamente accadere con una semplice frase sbagliata in un particolare momento, che passa inavvertita e che risulterà distruttiva in seguito. Stiamo qui parlando soprattutto della piccola offesa, quella che non ci si accorge di fare, che può colpire la stabilità del Sé non in quanto una pulsione non viene soddisfatta, ma per l’offesa ricevuta tramite il rifiuto. Sarebbe molto opportuno ricordare sempre che il bambino vive conflitti anche a causa di sentimenti d’amore e di lealtà verso le figure genitoriali, e che anzi può essere spaventato più dall’idea di far soffrire un genitore che dalla possibilità di perderlo. Nella nostra storia pedagogica c’è la tendenza a minimizzare la reazione emozionale del bambino, a rimproverarlo perché fa tante storie per una sciocchezza, a non valorizzare la sua disperazione relegandola nell’area delle cose di cui ci si deve vergognare. Anche per gli analisti di quelle cose ci si deve vergognare, così è più difficile riconoscere ed ammettere tutti gli errori a riguardo, che invece provocano un’offesa penosa e destrutturante per il Sé.

Per Kohut, dunque, l’empatia è lo strumento tramite il quale questi fenomeni possono essere riconosciuti. In generale i terapeuti devono stare attenti a non fare il gravissimo errore di lavorare magari bene su tutti gli altri livelli ma su una piattaforma di frustrazione cronica a livello del Sé, nel qual modo si determinerebbe una collusione cronica a funzionare proprio in quel modo, come accade per es. in quegli ambienti analitici dove il messaggio più forte che arriva è l’infantilizzazione cronica dell’analisi, dove c’è il babbo e la mamma analisti, gli allievi o i pazienti sono i figli, dove si privilegia il tu piuttosto che osservare la buona norma corrente tra le persone che non si conoscono e che si apprestano a fare un lavoro insieme nel massimo rispetto reciproco e su di un piano di parità. Dare del tu, quanto meno subito, a priori, e parlare di me-analista madre (o padre) e dell’altro come paz.-figlio significa sancire un rapporto gerarchico mistificato da falsa familiarità, ancora più lesivo a livello della coesione del Sé, dove il campo è sin da subito invaso

maggiormente dal bisogno narcisistico dell'analista di sentirsi nel ruolo del salvatore, piuttosto che un compagno di viaggio con strumenti diversi da quelli del paz. nello zaino, anziché essere occupato (il campo) dai problemi del paz. stesso.

Non immaginate quanto sia riparatorio dentro di me poter parlare di queste cose proprio qui all'IPA, insieme a voi con i quali condivido anni e anni, interi decenni ormai, della stessa formazione, per lo meno della prima formazione. Credo che poterci permettere di parlare di queste cose, cosa che facciamo comunque da tempo, sia veramente quella nuova linfa che ci fa sentire ancora oggi appartenenti a questo gruppo.

Concludendo su Kohut, essendo il rischio di frammentazione il pericolo più temuto, come terapeuti dobbiamo stare attenti ai movimenti di progressione-regressione a livello del Sé. Per es., una persona può apparirci ben differenziata sul piano del linguaggio, con raffinati apparati concettuali che adopera in senso seduttivo, e noi pensiamo che si trovi nell'area della genitalità con tratti isterici. Ebbene, tale persona può invece adoperare tutta questa impalcatura per stabilire con noi un rapporto di tipo simbiotico-fusionale: così si spiega come mai una minima frustrazione a quel livello possa provocare una gravissima depressione a livello anaclitico, in una persona che sembrava insospettabile da quel punto di vista. (racconta di Andrea)

Ma torniamo all'empatia. In Kohut abbiamo visto come l'empatia sia uno strumento emozionale di correzione. In Sullivan invece l'empatia dell'osservazione partecipe è uno strumento di decifrazione per costruire la relazione, uno strumento osservativo. Sullivan scrisse: "Quando una madre rivela un livello ansioso nel momento di prestare al bambino le cure materne trasmette, a sua volta, ansietà nel bambino. Il fondamento di questa trasmissione, cioè, come l'ansietà della madre induce ansietà nel bambino, è totalmente oscuro. Questa incapacità di comprendere la nostra realtà è stata attribuita all'aumento di spiegazioni corrette su come l'ansietà della madre sia causa dell'ansietà del bambino. Io collego questa incapacità riferendomi semplicemente ad un indefinito processo interpersonale al quale io attribuisco il termine di empatia" (1953). Se accettiamo questa definizione di Sullivan, resta però il problema di trovare dei termini per definire i processi che seguono la mera registrazione dell'emozione, rispondendo in modo "utile" al paz.. Possiamo farci aiutare in questo, per lo meno secondo Blechner, da Ferenczi che, nel 1928, distinse due processi, uno appunto di empatia e l'altro di valutazione: qui l'empatia assume un significato limitato che deriva dalla percezione delle emozioni di un'altra persona, mentre la valutazione è il processo di verifica e formulazione dell'esperienza empatica.

Ma la definizione più chiara di empatia è, sempre secondo Blechner, quella data da Arlow (1979): "La madre, immobilizzata nel proprio panico, quando il suo bambino si trova in una fase acuta di angoscia e non può rispondere in modo appropriato al fine di alleviare la preoccupazione del bambino, si ferma ad uno stadio del sentire con il bambino. La madre condivide questa debolezza al punto in cui diventa debole per se stessa. (...) In opposizione, la madre empatica è quella che riconosce l'angoscia del suo bambino" e ciò le serve come segnale di allarme in modo da compiere un'azione "utile" ad alleviarne l'angoscia. Arlow quindi definisce l'empatia sia come l'espressione del sentire un'altra persona sia come formulazione conscia o inconscia che produca un atto di aiuto. Così ci ritroviamo con una definizione di empatia che da una parte vede lo psicoanalista sentire in modo complementare le emozioni del paziente e rispondergli in modo istruttivo, mentre dall'altra parte noi condividiamo che conosciamo il paziente se ci coinvolgiamo con lui all'interno di una situazione, e ciò può precedere la formulazione verbale così come la concordanza emozionale. Si pone così la domanda: possiamo conoscere qualcosa, qualsiasi cosa, se non la sentiamo e non abbiamo parole per esprimere ciò? In effetti sembra proprio che sia così: da una recente ricerca sull'infanzia viene dimostrato che tutti noi possediamo un tipo di empatia innata senza l'emozione (feeling) e senza la formulazione verbale.

Questo può sembrare alquanto bizzarro, ma tale ricerca (Spelke e Courtelyou, 1981), partendo dalla domanda circa quanto i neonati possono percepire il tono emozionale delle parole della madre, evidenzia che ci sono capacità innate per il riconoscimento delle emozioni. Nel primo sviluppo si stabilisce poi un legame tra la registrazione dell'affetto e la risposta appropriata, mentre in seguito troviamo la valutazione consapevole, verbale dell'emozione prima della risposta. Tutto questo mi riporta a Edith Stein, per la quale l'empatia è un atto costitutivo dell'esperienza di sé e del mondo, e mi suona come un tipo di esperienza prototassica, che in seguito diventa paratassica, sino a poter essere espressa in modo sintassico. Infatti, dato che tale ricerca è accertata, possiamo dire che la concezione dell'empatia preverbale di Sullivan sembra la più esatta, sebbene necessiti di ulteriore sviluppo. In questo senso dunque l'empatia è un processo epistemologico che può essere usato al servizio della terapia, ma non come un processo terapeutico di per sé, giacché l'empatia può essere usata anche per fini meno etici, come ha evidenziato Szalita (1976) riferendosi per es. a Hitler, in altre parole un'empatia distruttiva usata per manipolare gli altri ai propri scopi. Qui dunque l'empatia è uno strumento osservativo prima che riparativo, e anzi si evidenzia che potrebbe essere persino il contrario che riparativo.

In questo modo si ritorna nella confusione. Bisogna allora andare ad esplorare per quanto possibile anche le possibilità di errori terapeutici dovuti ad eccesso di empatia, o al contrario a carenza di essa. Possiamo scegliere il focus della nostra empatia? In quale modo?

A tale proposito mi è parso che lo studio di Ralph Greenson (1959) già citato proprio in apertura di questo lavoro possa esserci di aiuto. Per cominciare egli distingue tra due diversi tipi di disturbo della capacità di empatia dell'analista nei confronti del paziente: uno collegato a una inibizione temporanea di empatia, dovuta a qualche disturbo nevrotico dell'analista non ancora analizzato o che si presenti durante una particolare fase della sua analisi personale, e questo tipo di inibizione ha comunque una buona prognosi; l'altro tipo ha invece purtroppo una prognosi infausta, poiché, per Greenson, le inibizioni croniche e/o generalizzate di empatia fanno capo a personalità molto fragili, che hanno scarsissima fiducia nei loro sentimenti, nei loro impulsi e nel loro inconscio, che non solo essi non conoscono abbastanza, per quanto possibile, ma che soprattutto fa loro in qualche modo paura. Si tratta per lo più di persone ossessive, rigide o di personalità schizoidi che lottano per mantenere il loro aggancio con la realtà. Insomma, persone molto sofferenti e disturbate. Tali persone sono totalmente incapaci di empatizzare, ma dovrebbe essere difficile trovare simili tipi di personalità tra gli analisti.

Un altro tipo di disturbo della capacità di empatia viene segnalato da Greenson in quelle sedute in cui, pur essendoci empatia col paziente, questa non porta poi ad alcuna comprensione, anzi, quest'ultima ne risulta bloccata avendo il contatto empatico generato una reazione di controtransfert. (fai accenno all'esempio che porta lui). Queste sono situazioni per lui di perdita di controllo sull'empatia. Greenson non è certo un analista interpersonale, e certamente opera una netta differenza tra transfert e controtransfert, così come risulta spesso preoccupato dalla necessità di restare obbiettivi verso i contenuti portati dai pazienti nelle sedute, pure però pone l'accento su un problema che abbiamo il dovere di porci. Se assumiamo la concezione sulliviana di empatia, possiamo sempre ritenerla un valido strumento terapeutico? Per esempio, un analista coglie la corrente sotterranea di sentimenti sessuali o ostili del paziente in modo empatico, poi però si lascia andare a reagire al paziente, oppure facciamo l'ipotesi che colga in lui qualche sottile resistenza, ma che si identifichi e solidarizzi con tale resistenza, invece di farla notare al paziente o di annotarla consapevolmente dentro di sé: tutto questo si realizza in un quanto meno momentaneo arresto del processo terapeutico, anche se il contatto empatico non era mancato a monte. Certo, essendo il processo empatico fondamentalmente un processo

automatico, non si può che osservarlo solo retrospettivamente. Così qualsiasi perdita di controllo o qualsiasi errore dovuto alle conseguenze del contatto empatico sulla personalità dell'analista può dallo stesso essere riconosciuto a posteriori, e l'analista stesso può scegliere in quale modo è più opportuno riportarlo dentro la relazione analitica, vuoi con una self-revelation vuoi con una comunicazione che comunque serva ad integrare nella relazione l'accaduto, evidenziando in modo preciso la responsabilità dell'analista nella caduta di contatto terapeutico. Questo ricorda abbastanza da vicino l'utilizzo che Kohut fa delle frustrazioni ottimali, ma aggiunge secondo me anche qualcos'altro nella misura in cui l'intento non è solo riparatorio, ma contribuisce alla costruzione di una relazione a due in cui l'attività dell'analista è sempre volta ad una costante regolazione del movimento. Certamente tutto ciò è possibile soltanto se il narcisismo del terapeuta è stato adeguatamente analizzato.

Ma vale la pena di continuare con la interessantissima trattazione di Greenson. Egli afferma che il condividere, cioè il provare empatia, implica che il terapeuta deve coinvolgersi nelle esperienze emotive del paziente. Ciò comporta una scissione e uno spostamento nel funzionamento dell'Io dell'analista. E' necessario, cioè, che l'analista oscilli dal ruolo di osservatore a quello di soggetto partecipe, e poi di nuovo a quello di osservatore. Lo scopo dell'empatia in psicoanalisi è per Greenson quello di comprendere il paziente, e ciò è subordinato alla qualità dell'attività del terapeuta che deve consentire che avvengano oscillazioni e passaggi tra il suo essere distaccato e al contempo coinvolto, osservatore e partecipe, oggettivo e soggettivo. Lo spunto più interessante, a mio avviso, che ci viene dato da Greenson (per il resto vi rimando alla lettura del suo saggio sull'empatia) riguarda il modello operativo del paziente dentro l'analista. Egli descrive benissimo come, giorno dopo giorno, ciascuno di noi costruisce dentro di sé un modello operativo di ciascun paziente che segue in trattamento. Tale modello consiste "nell'aspetto fisico del paziente, nelle sue emozioni, nelle sue esperienze di vita, nelle sue modalità di comportamento, nei suoi atteggiamenti, difese, valori, fantasie.". E' un po' come la copia o il sosia del paziente, e noi lo costruiamo aggiungendovi via via nuove osservazioni e comprensioni. Ebbene, è questo modello operativo che bisogna mettere in primo piano nell'ascoltare, e cioè: "ascoltai le parole della paziente e trasformai le sue parole in immagini e sentimenti che derivavano dai suoi ricordi e dalle sue esperienze e che si accordavano con il suo modo di essere" ovvero "gli eventi, le parole e le azioni che la paziente descriveva erano ora lasciati liberi di permeare il modello operativo". E più avanti "il modello ha resistenze e difese simili per quanto riguarda la qualità, ma inferiori per quanto riguarda l'intensità. E' abbastanza simile per non deformare, ma abbastanza diverso per essere di aiuto". Ancora: "Il modello operativo non è identico al paziente, in quanto il modello contiene anche le nostre aspettative sul paziente e anticipazioni delle sue potenzialità". "Il modello operativo consiste dunque di:

- a) tutto quello che so del paziente: esperienze, modalità di comportamento, ricordi, fantasie, resistenze, difese, sogni, associazioni ecc., elementi che costituiscono l'ossatura e la struttura di base;
- b) una riduzione quantitativa della resistenza;
- c) l'idea che mi sono fatto delle sue potenzialità;
- d) le mie conoscenze teoriche e la mia esperienza clinica;
- e) tutte le mie esperienze con persone e situazioni dello stesso tipo, reali o immaginarie.

(...)"E' importante distinguere bene tra il paziente, il modello e quello che sono io".

Concludendo, per quanto riguarda Greenson, l'empatia in psicoanalisi richiede la capacità di regressioni controllate e reversibili nelle funzioni dell'Io. La costruzione del modello operativo mette in atto funzioni dell'Io molto simili a quelle dell'esperienza



creativa dell'artista, e comunque il concetto di un modello operativo del paziente implica uno speciale tipo di rappresentazioni oggettuali interne, e cioè una rappresentazione che non è fusa con il Sé, secondo Goldberg, ma non gli è neppure estranea. Investendo il modello operativo come integrazione al paziente esterno, ci si avvicina ai processi identificatori. Così l'empatia per Greenson può essere un precursore, una forma precoce, sperimentale, di identificazione. “La capacità di entrare in empatia sembra dipendere dalla capacità individuale di modulare l'investimento della propria immagine del Sé. Il disinvestimento temporaneo della propria immagine del Sé, necessario per l'empatia, verrà accettato facilmente soltanto da coloro che posseggono un saldo senso di identità. Gli analisti che posseggono un senso troppo ristretto di identità, o identità multiple o amorfe, avranno probabilmente una capacità di empatia inibita o inattendibile”. Per lui si possono rimuovere o curare le inibizioni o gli usi erronei dell'empatia, ma la capacità di empatia non può essere insegnata: se è presente, allora si può insegnare ad adoperarla meglio. Identica a riguardo è anche la posizione di Shapiro. Come ultima cosa, vorrei menzionare uno spunto interessante: per Greenson quegli analisti che presentano una tendenza alla depressione sono quelli più capaci di empatia. Infatti per l'analista capace di empatia “il paziente incompreso è una sorta di oggetto che soddisfa il bisogno, un oggetto d'amore perduto. L'empatia è quindi un tentativo di riparare alla perdita di contatto e di comunicazione”.

Per Shapiro l'empatia è uno degli elementi essenziali per avviare e sostenere una buona relazione terapeutica. Per dare corpo al processo analitico, egli propone di fare innanzitutto la valutazione diagnostica del paziente, valutazione in cui include l'essere a conoscenza delle tipologie di pazienti coi quali ci riesce più facile lavorare, cioè sapere quali sono le persone con le quali ci riesce di “sentire” la possibilità di un contatto intimo e quali no, consapevoli che questo è assolutamente indipendente dalla gravità dei sintomi che ci vengono sottoposti. Dopo aver trovato poi un accordo circa la mèta da raggiungere col paziente e una volta avviato il processo analitico, Shapiro si basa su tre principi:

- 1) il proprio sentimento personale di autenticità;
- 2) le proprie valutazioni della vita reale del paziente;
- 3) l'osservazione della risposta immediata del paziente al proprio intervento.

L'ultimo di questi punti è il più importante rispetto al nostro tema: sapere quando rimanere con l'esperienza del paziente e quando assumere l'atteggiamento di confronto, ovvero in altre parole dosare la propria attività nella costruzione del processo oscillando nello stesso tempo tra la partecipazione e l'osservazione, la soggettività e l'oggettività. (Mi sembra che in questo senso sia la stessa posizione che abbiamo visto in Greenson). L'indagine empatica ci consente di valutare cosa accade quando restiamo all'interno dell'esperienza del paziente e quando lo confrontiamo con la nostra esperienza. L'accento non è posto sul fatto che restiamo con l'esperienza del paziente o che utilizziamo il confronto, ma è posto sull'impatto che ciascuno di questi due comportamenti ha. L'indagine condotta attraverso l'empatia ci consente, dunque, per Shapiro, di capire tale impatto e mantenere così il legame analitico.

La sensazione che io ho attraverso questi approfondimenti dovuti ai contributi di Greenson e di Shapiro, che ho ritenuto tra i più stimolanti e interessanti, benchè ce ne siano molti altri altrettanto autorevoli ma che non citerò, è che mi sembra chiariscano molte sfumature del concetto, evidenziando la difficoltà di un uso appropriato dell'esperienza empatica, però adesso la confusione mi si è spostata dal concetto e dall'uso di esso al fatto che in tali contributi mi manchi il paradigma della teoria del campo. In altre parole mi sembra, ed è anche logico data la cornice di riferimento di questi autori, che peraltro è diversa tra loro, che la mia insoddisfazione stia nel non riuscire a cogliere l'esperienza empatica e la sua eventuale validità terapeutica dentro una relazione in cui l'osservazione e la partecipazione

vengono visti come in qualche modo scindibili, come due atteggiamenti intorno ai quali oscillare, come se fossero indipendenti dall'altra persona, che quindi non è, o tutt'al più lo è solo in parte, parte attiva nel condizionare il tipo di risposta, anche empatica, che riceve dall'altro. Suona esattamente come ciò che dicevo all'inizio, riferendomi alla preoccupazione costante che ha caratterizzato la ricerca filosofica e speculativa del novecento, e cioè: è possibile cogliere qualcos'altro oltre il dualismo di un soggetto ed un oggetto in relazione tra loro e che restano comunque sempre due entità in qualche modo separate, qualcosa come una visione d'insieme, sulle note di Gadamer, che colga la relazione anche come un unicum, in cui chi partecipa possa essere sia individuato, ma mai completamente osservato come persona singola se non in rapporto al contesto, nel campo di tipo relazionale, comunicativo, emotivo, affettivo, che sta vivendo? Secondo le mie attuali conoscenze, ciò è possibile soltanto se utilizziamo l'approccio interpersonale. Come scrive Bromberg: "L'atteggiamento interpersonale consiste in uno sguardo carico di empatia, e bilaterale, indirizzato al ruolo di entrambi i partecipanti; per sua natura, esso permette all'analista di fare affermazioni relative a ciò che egli vede nel paziente, ..." e altrove: "La partecipazione dell'analista è vista come un elemento costante del campo di osservazione e inseparabile da esso. Ciò a cui l'analista, nel suo atteggiamento di fondo, deve cercare di prestare ascolto include gli effetti immediati e residui della sua stessa partecipazione". E ancora: "...Affinchè una crescita della personalità abbia luogo, il paziente deve essere in grado di vedersi attraverso gli occhi dell'analista come parte del processo continuo del sentirsi validato e capito nei termini in cui lui stesso si vede". In un modello così concepito è impossibile distinguere il "come ascoltare" dal "cosa fare", l'osservazione dalla tecnica. Ciò che prima Greenson definiva, e analizzava con precisa puntualità, come necessità di oscillazione tra l'osservare e il partecipare, che includeva la costruzione di un modello operativo del paziente nella mente dell'analista, diventa qui uno spostamento (non necessario, bensì semplicemente imprescindibile!) da un atteggiamento di partecipazione piena ad uno di osservazione partecipe, nel contesto immediato che include l'altro. Insomma, la natura dell'empatia sembra così essere incontrovertibilmente interattiva, e non solo, ma soprattutto avviene prima che si possa riconoscerla con le emozioni e formularla verbalmente. Di nuovo si ritorna a Edith Stein, con la sua definizione di empatia come elemento costitutivo della stessa esistenza, e a Sullivan, con la sua empatia come esperienza prototassica.

Ma allora, se accettiamo una siffatta empatia, in cosa può consistere il suo uso terapeutico? Quali sono le qualità necessarie, se esistono, a garantirne l'effetto terapeutico?

Già nel 1981, in uno studio empirico sulla natura interattiva dell'empatia, Barrett-Lennard evidenziò come "gli effetti dell'empatia del terapeuta dipendano dalle caratteristiche sia del paziente che del terapeuta, e come esse possano essere una funzione di differenze uniche a livello di stile percettivo, cognitivo e perfino di personalità. A seconda dei pazienti, ciò che dà loro il senso dell'empatia comporta componenti in via predominante cognitive o affettive, oppure all'insegna della condivisione e del sostegno, e così via" (Bromberg). Ebbene, le possibilità terapeutiche dell'empatia si inseriscono, secondo me, in questo tipo di cornice.

Anche l'intersoggettivismo, che rappresenta lo sviluppo attuale della teoria kohutiana, sostiene adesso la stessa tesi, anche se, come cercherò di evidenziare, credo che la teoria interpersonale resti per ora la più adatta a contenere nella sua specifica cornice un tale tipo di co-costruzione del processo analitico, in cui l'aspetto verbale non è più centrale nel cambiamento, poiché intervengono inquantificabili fattori, anche se comunque qualificabili, che si giocano nel campo. Ma procediamo con ordine.

Frank Lachmann, uno dei più autorevoli rappresentanti della teoria intersoggettiva, che tutti abbiamo avuto l'occasione di conoscere, soltanto due settimane fa in un suo paper

dal titolo molto suggestivo, “Requiem per il controtransfert”, ha detto: secondo la prospettiva sistemica “l’empatia, il sentirsi entro l’esperienza del paziente, l’affermazione, l’accettazione verbalizzata o silenziosa, e le interpretazioni sul lato principale, creano il loro impatto terapeutico non perché soddisfano bisogni evolutivi ostacolati e a lungo trascurati, ma piuttosto, nel soddisfare quei bisogni, viene perturbato il sistema organizzato corrente e gettato in una condizione di squilibrio. Come, se, o quando l’input specifico determinato dall’analista abbia o no questo effetto è determinato dall’esperienza passata e dalla relazione psicoanalitica in corso. Il passato del paziente è contenuto nella regolazione del sé del paziente e nel contesto della regolazione interattiva dell’analisi. Il passato del paziente (come pure il passato dell’analista) sono quindi un aspetto intimamente connesso dell’interazione analista-paziente”(Lachmann).

Per la psicoanalisi interpersonale il passato è invece posto “su un continuum esperienziale”, non è “incuneato nel presente” (Levenson), il quale presente deve “fornire la cornice al campo percettivo entro il quale diventa possibile al passato portare il suo contributo” (Bromberg).

Ancora: la psicoanalisi interpersonale è basata sulla teoria del campo. Secondo tale impostazione “ogni persona è parte attiva nel condizionare il tipo di risposta che riceve dall’altro, inclusa la risposta empatica. Qui non c’è traccia di un terapeuta empatico operante su un paziente alla ricerca di empatia. Piuttosto, il modello è quello di un sistema aperto, sistema che si modifica, si sviluppa e si arricchisce attraverso un processo di interpenetrazione”(Bromberg).

Senza la teoria del campo, lo sforzo comunque apprezzabile degli intersoggettivisti di superare la dicotomia tra soggetto e oggetto, o tra soggetto e soggetto, come loro propongono, risulta vano, perché così la loro sembra restare ad ogni modo una psicologia monopersonale. Per Kohut, come per Lachmann, il problema è quello di fornire al paziente interventi “fatti dal sarto su misura” anziché “già confezionati” (cosa di cui si lamentava un paziente di Ralph Greenson), e questi interventi dipendono direttamente dalla capacità del terapeuta di mantenere una costante sintonia a livello empatico. Ma questo in un’ottica interpersonale fa parte della relazione stessa, è imprescindibile da essa, mentre “il processo analitico è un continuo movimento dialettico tra empatia e angoscia, e tra recettività allo stato d’animo del paziente e chiarimento di eventi esterni” (Bromberg). Non c’è qui posto per un atteggiamento, quello empatico appunto, verso cui l’analista deve disporre l’animo, che risulta poi essere così comunque un atteggiamento unidimensionale che colloca l’analista fuori del mondo soggettivo del paziente, e lo rapporta al paziente in modo del tutto inautentico. Qui il focus non è su ciò di cui una persona è carente internamente, ma su ciò che fa con ciò di cui dispone, e su quali strutture costituiscono il suo mondo di rappresentazioni mentali interpersonali.

“La percezione del paziente dell’empatia del terapeuta è seguita non solo da un aumento della capacità del paziente di esprimere se stesso (quello che Kohut definisce Sé come centro indipendente di iniziativa), ma anche da un processo interpersonale in cui l’aumentata assertività include un feed-back da parte del paziente stesso, che segnala la misura in cui si sente capito. Tutto questo ha a sua volta un impatto sullo stato affettivo, sull’umore e sulla cornice di riferimento del terapeuta, che poi condizionano la qualità dei suoi ulteriori sforzi (e limiti) di comunicazione empatica col suo paziente. E’ così che, in funzione dello stile empatico individuale del paziente, la maniera in cui il terapeuta comunica empatia coglierà il bersaglio in maniera differenziata” (Bromberg).

Così risulta evidente che la sensibilità empatica, come anche la risposta controtransferale, dell’analista allo stato d’animo del paziente vengono per così dire “incorporate” da entrambi come elementi inseparabili in un’unica matrice relazionale. Come osservatore partecipe, l’analista interpersonale può esplorare con il paziente le

esperienze di qualunque transazione abbia avuto o stia avendo luogo all'interno del campo, per cui il suo atteggiamento, il suo sguardo è, sì, empatico, ma comunque bilaterale, è indirizzato cioè al ruolo di entrambi i partecipanti. Anzi, l'analista e il paziente insieme sono partecipi in un campo che entrambi osservano (Levenson). In questione, insomma, riguardo all'uso dell'empatia, non è una modalità d'interazione prefissata, con lo scopo di trasmettere contatto empatico, perché l'empatia, come per primo Sullivan rilevò, è intrinsecamente interpersonale, è parte integrante del processo analitico.

L'empatia, dunque, diventa uno strumento terapeutico qualora non presupponga di costituirsi come un atteggiamento preordinato. Essendo intrinsecamente interpersonale, essa risulta terapeutica nella misura in cui collabora all'instaurarsi di quella regolazione reciproca della relazione che è indispensabile ai fini del trattamento. Ciò è direttamente proporzionale quindi alla capacità di autoregolazione dell'analista, alle caratteristiche della sua personalità, al padroneggiamento del modello teorico dentro il quale si muove, che gli fa riconoscere, insieme con l'esplorazione analitica fatta su e dentro se stesso, le persone con le quali è disposto a lavorare analiticamente, quelle persone con le quali senta possibile avventurarsi per trasformarsi reciprocamente. Un tale tipo di interazione si conforma in base a chi sono gli individui specifici che la compongono in quanto esseri umani, non in base a degli assunti teorici.

Accettare di uscirne ineluttabilmente trasformati, accettare dunque la relazione, è già il frutto di un contatto altamente empatico. Se il contenitore dentro il quale tale contatto viene a collocarsi è quanto meno abbastanza confacente alle caratteristiche della personalità dell'analista e a quelle della personalità del paziente, nonché alle caratteristiche della relazione da loro instaurata, l'effetto terapeutico è assicurato. Viceversa, pur in presenza di un buon coinvolgimento empatico, può non darsi alcuna terapia, perché assenti dal campo tutti o alcuni degli altri elementi che ho sopra citato.

Ciò che come analisti, dunque, ci rassicura rispetto alle possibilità terapeutiche delle relazioni analitiche che accettiamo di condurre, non sta perciò nel quanto sentiamo di poter essere empatici, perché abbiamo visto che questo è implicito nel fatto stesso di aver accettato di lavorare con una persona, ma nel quanto ci fidiamo della nostra capacità di condividere soprattutto sul piano affettivo, nel quanto conosciamo il modello teorico a cui ci riferiamo e nel quanto conosciamo, per averli esplorati analiticamente, i vari aspetti della nostra propria personalità.

Firenze, 9 giugno 2001

## Bibliografia

F.W.NIETZSCHE, “Il canto del nottambulo”, in “Così parlò Zarathustra”, 1883-1885

R.R.GREENSON, “L’empatia e le sue vicissitudini” 1959, in “Affetti senza parole”, Bollati Boringhieri, 1995

H.G.GADAMER, “Verità e metodo” (1960), Fabbri, Milano 1972, in “Novecento filosofico e scientifico” a cura di A.Negri, Marzorati 1991

L.WITTGENSTEIN, “Lettere a Ludwig von Ficker” (1919), Armando, Roma 1974: “In effetti io volevo scrivere che il mio lavoro (si riferisce al Tractatus logico-philosophicus) consiste di due parti: di quello che ho scritto e di quello che non ho scritto. E proprio questa seconda parte è quella importante.”.

G.GAGLIANI, M.PIERANTOZZI, “L’empatia”, in “Psicoterapia e Scienze Umane” n.1, 1989

P.F.GALLI, “La persona e la tecnica”, Il Ruolo Terapeutico Ed., Milano 1996

M.J.BLECHNER, “Differentiating Empathy From Therapeutic Action”, nel Panel “Epistemology: Ways of Knowing in Psychoanalysis”, presentato al Simposio Scientifico “Clinical Controversies and the Interpersonal Tradition” tenutosi a New York il 16 novembre 1986, presso il W.A.White Institute

H.S.SULLIVAN, “Teoria interpersonale della psichiatria”, Feltrinelli 1962, Milano

A.SZALITA, “Afterword”, in “Epistemology: Ways of Knowing in Psychoanalysis”, op.cit.

S.SHAPIRO, “Parlare con i pazienti”, Astrolabio, Roma 1997

P.M.BROMBERG, “Psicoanalisi interpersonale e psicologia del sé: un confronto clinico”, trad.it. di M.Conci, in “Self Psychology, Comparisons and Contrasts”, The Analytic Press, 1989

F.LACHMANN, “Requiem per il controtransfert”, trad.it. di F.Paparo, relazione tenuta al Convegno “Canto, dunque sono” della ISIPSè, il 25/26/27 maggio 2001 in Roma

E.LEVENSON, “L’ambiguità del cambiamento”, 1983, Astrolabio, Roma 1985