

A proposito della relazione terapeutica

GIOVANNI ABBATE DAGA

*“Non ignara mali, miseris succurere disco”
Virgilio En. I, 630*

Summary – **ABOUT THE THERAPEUTIC RELATIONSHIPS.** The effectiveness of psychodynamic psychotherapies is based on multiple aspects which are not easy to distinguish and describe. Over the last two decades, clinical and scientific interest in the role of the therapeutic relationship in the treatment process has increasingly grown. Currently it seems reductive to consider the therapeutic relationship as a merely nonspecific factor consequently shared by any helping relationships. In the present article we discussed the peculiar characteristics of the therapeutic relationship in psychodynamic psychotherapies particularly concerning Adlerian treatments. Moreover, we reviewed some critical factors which are intertwined with psychotherapies in order to highlight that the space needed by the “analytic play” can rise by the dialogue intrinsic to the therapeutic relationship, its technical pertinence, and its correct use. We will refer to the relationship between rituality and spontaneity within the setting, to the issue of truth and authenticity, and to the empathic encouragement, as both necessary and risky. We conclude this work with the issue of training in psychotherapy, with respect to shapes, limitations, and unconscious “currents” which run through the therapeutic relationship.

Keywords: PSYCHOTHERAPY, THERAPEUTIC RELATIONSHIPS, EMPATHY

I. Introduzione

Fin dalla nascita i modelli psicodinamici di trattamento si sono sviluppati in modo variegato, continuando a crescere e ad apportare nuove conoscenze – spesso di buona fruizione clinica – nonostante le frequenti critiche e tentativi di svalutazione [27]. Negli anni la crescita è stata anche tumultuosa, a volte non priva di discussioni teoriche e tecniche, tanto che i detrattori hanno definito le terapie psicodinamiche come una grande famiglia, talora disfunzionale, in cui i membri a malapena si parlano e qualche volta parlano differenti lingue [6].

Ciò a dispetto di metanalisi di ottima qualità che solidamente dimostrano che le psicoterapie dinamiche sono efficaci in quasi tutti i disturbi mentali (per un’analisi approfondita tra i molti studi presenti in letteratura: [23, 40]) e a dispetto dei recenti studi neuroscientifici che sottolineano come le psicoterapie dinamiche modifichino

con beneficio la funzionalità dei circuiti cerebrali [1]. Con buona sintesi, le terapie dinamiche sono state descritte come un albero imponente, che continua a dare nuovi germogli verdi [34].

Più arduo è dipanare la matassa dei meccanismi del *processo terapeutico* dinamico che consentono al paziente di migliorare o “guarire”: a tutt’oggi rimane ancora difficile comprendere e prevedere ciò che veramente funziona e per chi [22]. Ciò è insito anche nell’essenza stessa della psicoterapia dinamica: una terapia che mette al centro l’umana soggettività e l’unicità dell’individuo [3] e che mira alla comprensione – sia pure parziale, ma a 360 gradi - della complessa rete di relazioni tra l’individuo, il suo ambiente - interno ed esterno - ed il terapeuta [23, 60]. Una terapia che per sua natura è un percorso non lineare - non una marcia a tappe forzate manualizzate - e che prevede continue rotture e riparazioni, resistenze, sviluppi, arresti, regressioni e progressioni all’interno dell’alleanza terapeutica [60].

Una terapia che, come è stato ben evidenziato, richiede al terapeuta di utilizzare alcuni aspetti della sua personalità che includano una sua firma personale, come persona relativamente non ingabbiata nel ruolo: le parole e le azioni del terapeuta infatti non possono essere routinarie o totalmente asettiche, ma vanno finalizzate a cogliere la singolarità di quel preciso momento con quel preciso soggetto nella relazione terapeutica [49]. Ci si riferisce qui a quel “qualcosa in più dell’interpretazione” [62] a quel lievito imprescindibile che solo la *centralità della relazione* può aggiungere al bagaglio del terapeuta. L’analisi dell’inconscio, dei deficit e dei conflitti, delle rappresentazioni interne delle relazioni significative, dei sogni, dei meccanismi di difesa, dei personali significati che ogni paziente attribuisce alla propria storia e alla propria esperienza si giocano all’interno di una scena (setting) che è incontro tra due soggetti prima ancora che definizione di regole.

Questo è un fattore cruciale dei trattamenti dinamici, tanto fondamentale, quanto complesso e non scevro da difficoltà. La relazione è costitutiva dei modelli dinamici, ma perché la relazione sia effettivamente terapeutica, tale costituzione va attentamente definita e dettagliata. Parafrasando, se in psicoterapia la sovranità appartiene alla relazione terapeutica, quest’ultima va esercitata dal terapeuta nelle *forme* e nei *limiti* previsti dai modelli di riferimento e tali forme e tali limiti vanno continuamente riconsiderate e ricalibrate durante tutto il percorso di cura. Il lavoro del terapeuta, in tal senso, è al contempo lavoro nella relazione e lavoro sulla relazione.

Si aprono allora a tal proposito alcune problematicità della relazione terapeutica che qui di seguito sono brevemente riassunte e schematizzate per punti, senza pretese di essere inclusivi e conclusivi sia per la vastità e complessità della tematica sia per l’eterogeneità delle posizioni in letteratura [61].

Lo scopo è invece quello di fornire alcuni spunti di riflessione sulla peculiarità del ruolo professionale dello psicoterapeuta [12] in un periodo di avanzamenti scientifici, ma

anche di crisi per le professioni dello psichiatra e dello psicologo clinico [44] e delle possibili confusioni che si possono ingenerare.

II. *Spontaneità e ritualità nella relazione terapeutica*

La relazione terapeutica è una relazione che per definizione viene costruita e non si darebbe in natura in modo così specifico. Senza *setting* non può esserci la psicoterapia come oggi viene intesa. Anche altre forme culturali di relazioni di cura [64] richiedono un *setting* e sono in relazione con la ritualizzazione dei comportamenti dei partecipanti nei loro rispettivi ruoli: parrebbe così che il *setting* sia un elemento aspecifico necessario per ogni tipo di cura mentale o psicosomatica.

Il *setting* è per gli adleriani di primaria importanza, costituisce appartenenza e attaccamento e fa parte integrante e necessaria della funzione materno-paterna [58]. Il *setting* informa la relazione fissando limiti chiari temporali, spaziali e di comportamento e stabilendo sul piano conscio un'asimmetria di relazione tra terapeuta e paziente. L'asimmetria ha almeno una duplice matrice: il terapeuta non parlerà – o raramente lo farà – della sua esperienza, intesa sia come storia personale sia come esperienza interna (fa eccezione l'esplicitazione terapeutica del controtransfert [30]) e inoltre il terapeuta non fornirà quasi mai opinioni personali su ciò che il paziente porta in seduta (es.: scelte politiche, scelte etiche, etc...). Il terapeuta infatti non è con il paziente per educare, ma per essere con lui [31], per comprendere e capire, per costruire un racconto delle vicissitudini e del senso del patologico soffrire della persona che si rivolge a lui per la cura.

In sintesi, il *setting* è funzionale a costruire un rapporto interpersonale - che è *diverso da un comune "rapporto-tra-persone"* - nel quale viene a crearsi uno *spazio per il "gioco" analitico* [67] in cui è favorito l'emergere dell'inconscio [48]. *Setting* e ritualità pertanto si intrecciano e sono essenziali per un'efficace relazione terapeutica. Ci sono pertanto delle costanti esterne e delle costanti interne - perfino delle costanti affettive - che fanno parte della tecnica e contribuiscono alle regole fino a diventare elementi fissi di routine carichi di simbolismi e di valori rituali [33]. Come ben sintetizza Ferrero (cui si rimanda per un'ampia trattazione del concetto di *setting* in P.I.: (16, p. 91) "il *setting* ha innanzitutto caratteristiche "segniche": arbitrarie e necessarie;" ma "le limitazioni alla libertà e alla spontaneità del colloquio che il *setting* impone costituiscono un sacrificio consapevole in funzione di obiettivi precisi e differenziati."

Anche il *silenzio*, silenzio come scelta del terapeuta in risposta al paziente - e che assume di volta in volta significati diversi nelle sedute - rientra a pieno titolo nel bagaglio tecnico del terapeuta, che sceglie una via implicita di comunicazione [13] profondamente umana, ma strategica, in un certo senso non sempre spontanea, intendendo come spontanea il risuonare immediato e verbalizzato con ciò che il paziente ha appena espresso a parole. In tal senso il silenzio fa parte delle regole del *setting*, ma le travalica, essendo già una parte essenziale di cura e di scelta personale del terapeuta

(sulle potenzialità terapeutiche del silenzio per gli adleriani si vedano [9, 35]. Poi vi è lo *spazio aperto della seduta*, lo spazio dal buongiorno iniziale all'arriverci del termine dei 50 minuti. In questo spazio, sia il terapeuta sia il paziente non son esenti dalle incertezze e dall'imprevedibilità del movimento relazionale. Tali incertezze sono generalmente gestite dal terapeuta con sapienza tecnica, ovviamente non possono essere tout-court spontanee, ma frutto di scelte consapevoli di cura per esempio tra interventi di sostegno e interventi volti allo smascheramento delle finzioni [59], tra interventi di vicinanza empatica [13] o di frustrazione ottimale [38]. Eppure sono scelte che il terapeuta compie nel hic et nunc del momento terapeutico, informate dalle formulazioni esplicative del caso [43] o magari dalla analisi e/o supervisione sui movimenti transferali e controtransferali [21], ma sempre con quel tanto di "fatto sul momento", "giocato in diretta".

In seduta inoltre accade che il paziente a volte si comporti in modo non previsto o imprevedibile [62] e accade che la novità emotiva avvertita dal terapeuta lo impegni in scelte terapeutiche non ponderate prima e non rientranti in una strategia progettata in precedenza.

Vi sono inoltre tutta una serie di *microagiti* - che negli anni hanno avuto larga attenzione nella letteratura psicoanalitica [51] - dove il paziente obbliga il terapeuta a enactment consapevoli o a terapeutiche self-disclosure [60]. Per esempio Hoffmann [33] ha evidenziato come il momento della fine della seduta sia un momento denso per i potenziali microagiti del paziente: l'apparente banalità del fine seduta reca con sé molteplici variazioni e un agglomerato di significati impliciti. Come è stata terminata la seduta, come abbiamo salutato il paziente, come abbiamo risposto alle sue richieste di "accompagnamento" e alle paure di separazione, come abbiamo tollerato o meno il prolungamento imprevisto di seduta?

Infine, il punto estremo dell'irrompere dell'irritualità sono le *violazione aperte del setting* da parte del paziente (per un punto di vista adleriano: [41]). In questi casi la terapia rischia di prendere quella che è stata chiamata una "china scivolosa" del lavoro terapeutico [28] e pertanto le violazioni vanno sempre accuratamente valutate e recuperate nel lavoro terapeutico. Se le violazioni del setting da un lato palesano alcuni bisogni profondi del paziente, dall'altro rischiano di attaccare e manipolare la terapia con accorciamenti bruschi della distanza, con fratture o con l'instaurarsi di movimenti controtransferali che favoriscano eccessivamente l'accoglimento e la dipendenza regressiva in pazienti con Io scarsamente strutturato [55].

Come si può evincere, allora *spontaneità e ritualità* si intrecciano e si influenzano reciprocamente all'interno della psicoterapia: da una parte le regole e la routine, gli aspetti tattici e strategici progettati e in qualche modo guidati dal terapeuta e dalla tecnica terapeutica e dall'altra le inevitabili continue variazioni, digressioni, percorsi della coppia terapeutica fino a momenti imprevedibili e "creativi" che irrompono nel

setting senza infrangerlo, apportando quella ventata vitale così necessaria – anche se non sufficiente – in un terapia. In tal senso l'apparente aporia tra spontaneità e impostazione tecnica del terapeuta non va vista come una dicotomia, ma come un legame dialogico tra due poli che si tendono e si intrecciano per creare entrambi uno spazio curativo. Ben chiosava sempre Hoffman (33, p. 133): “Si potrebbe dire che il modo con cui l'analista risponde (all'interno della ritualità) influenza il tipo di esperienza che viene creata o “costruita” nel paziente in quel momento”.

Ciò da origine a quelle variazioni infinite che danno sostanza alla cura di quella data persona in quel dato momento. Ci si riferisce qui al “costruttivismo” in psicoanalisi [32, 46, 62] che ha ben presente che l'esperienza del paziente non è proiettata su uno schermo di neutralità in uno spazio vuoto, ben delimitato e sterilizzato, ma invece risente anche di ciò che il terapeuta trasmette [13].

In questo senso Adler tra i primi aveva dato valore al ruolo attivo del terapeuta: gli Ansbacher [5] descrivono chiaramente - con il metodo della collezione di scritti differenti opportunamente accostati - il ruolo attivo e l'“*atmosfera permissiva*” che Adler proficuamente sperimentava già agli inizi del '900.

Ciò fin dagli inizi ha dato inoltre la possibilità ai terapeuti adleriani di adattare il setting anche in ambiti non strettamente analitici, quali il counselling, la psicologia clinica di liaison, la psicoeducazione, etc. [47].

Prendendo spunto dalla filosofia della scienza [10] potremmo concludere questo paragrafo affermando che dai vincoli del contratto terapeutico derivano molte possibilità con diversi gradi di libertà. In senso adleriano il setting è lo scenario (rituale) di un'opera ancora non realizzata [2], che si reciterà per larghi tratti a soggetto.

III. Autenticità e verità nella relazione terapeutica

Una frase che talora i pazienti adoperano come risposta ad interventi che si possono avvertire come autenticamente di sostegno è: “ma questo lei me lo dice solo perché facciamo una psicoterapia!”.

In quei casi ci si domanda che cosa non ha funzionato: il paziente semplicemente si schernisce oppure in qualche modo vuole mantenere le distanze, si sente invaso dalla vicinanza (e allora perché?), oppure vuole resistere nel suo ruolo di malato e nella disposizione di scoraggiato o vuole negare le sue potenzialità di cui ha paura? O invece il controtransfert ci ha indotto ad una risposta eccessiva, che non tiene abbastanza conto dei tempi del paziente e dei suoi bisogni profondi, ed ha prevalso il bisogno di essere efficace, o ripartivo, etc.?. In psicoterapia a volte capita di essere preterintenzionali. Ciò può essere un'ulteriore occasione per comprendere meglio il paziente.

L'incontro psicoterapico non è sempre un incontro perfettamente armonico, di omni-comprensione e omni-empatia, ma richiede uno *sforzo di sintonizzazione* [13], un'accordatura costante che non raggiunge mai la perfezione, e perché no, ogni tanto è utile

qualche stonatura. Come primo punto quindi, non è così importante che il paziente avverta sempre e comunque il terapeuta come autentico (anche se magari si sforza di esserlo). Anzi la momentanea “separazione disarmonica” può proteggere la terapia da bisogni regressivi di fusionalità e di idealizzazione maligna [52]. Come è stato scritto da autori adleriani: “errori controtransferali, adeguatamente elaborati anche attraverso la supervisione, possono aiutare a focalizzare ulteriormente le dinamiche profonde del paziente e a comprendere la sua “logica privata” [17, 41].

Oltretutto resta da vedere se quando non ci si incontra e si fanno errori è perché non vi è stata autenticità. Si fa riferimento all’autenticità come intesa e valorizzata da Karl Jaspers per indicare ciò che vi è di *più proprio* nel fondo dell’esistenza rispetto ai suoi aspetti superficiali, o acquisiti per imitazione o acquiescenza [36]. Il non incontro per inautenticità andrebbe inteso in senso stretto solamente quando viene meno la *specificità della relazione terapeutica, del rapporto tra i due partecipanti durante la psicoterapia*, a vantaggio di una relazione schematica e impersonale. In questo caso, la relazione è inautentica perché la comprensione che realizza delle vicissitudini del paziente non è la “propria”, ma generica, non scaturisce dall’unicità e specificità del progetto terapeutico comune e fin lì faticosamente co-costruito.

Più in generale ogni psicoterapia scorre lungo il filo che si dipana tra momenti di maggiore autenticità e disvelamento a momenti in cui il paziente si difende, resiste e il terapeuta può apparirgli lontano (e qualche volta lo è). Questo non è poi così importante e fa parte del lungo e articolato percorso che Stern ha definito come lo “*spostarsi in avanti*” della psicoterapia [63]. Non può infatti essere richiesta al terapeuta la perfezione nell’autenticità. In tal senso più che domandarsi se, quando e in che grado si è autentici coi pazienti bisogna assumere l’autenticità come una finzione guida necessaria alla terapia, intendendo qui come finzione “una parte della verità assoluta, sinonimo di *fantasia al di sopra della realtà* (e quindi di per sé finzionale)” (59 p. 143).

Tale finzione sostiene la linea direttrice volta al fine della cura: psicoterapeuta e paziente assumono esplicitamente e implicitamente che entrambi apportano al trattamento non solo impegno, ma anche quello che hanno di più genuino e cooperativo. L’autenticità nella terapia è pertanto *più una disposizione all’autenticità* e la disposizione all’autenticità tiene insieme quello spazio generato dall’incrocio tra realtà, verità e bugia [65].

Infatti *l’autenticità* è un concetto più avanzato e dinamico rispetto al binomio verità-bugia; in senso weberiano ci si muove qui secondo l’etica della responsabilità più che secondo l’etica delle intenzioni [66]: più che “dire la verità” il terapeuta è chiamato a valutare le conseguenze che la verità esplicitata può produrre nella vita del paziente e nel trattamento.

La verità infatti a volte può essere nociva così come a volte può fare bene. Posso pensare che per un paziente il dolore derivante dalla verità possa destabilizzarlo nel

breve periodo sulla base del fatto che penso che le conseguenze a lungo termine siano trasformative (prendiamo per esempio il lavoro sul trauma: posso ritenere che fino a quando il paziente non darà voce al suo dolore non potrà elaborarlo). Per un altro paziente posso invece pensare che il dolore derivante dalla verità non sia sopportabile e possa indurlo ad agiti, peggioramento o drop-out. Posso quindi decidere di non affrontare la verità, ma lavorare su strumenti per aumentare la resilienza (sempre sul trauma: posso pensare che il non parlarne per il momento protegga il paziente e lo faccia lavorare meglio o semplicemente gli permetta di non lasciare la terapia per difendersi dal dolore).

Quello che qui è importante sottolineare è che non è sempre la scelta più autenticamente terapeutica rivelare la verità, il fattore terapeutico risiede soprattutto nel considerare approfonditamente le ripercussioni di quello che facciamo [42]. Sapientemente sintetizza Fassino [13]: quale verità al paziente? Quella che è in grado di comprendere e sopportare, tenuto anche conto che il cambiamento è dovuto non tanto alle interpretazioni che smascherano le mete fittizie, ma al fatto che il paziente si sia sentito trattato come una persona più coraggiosa, più degna di stima, con “onestà affettiva” [24]. Sottolineava Bion [7] che nessuno darebbe delle spiegazioni sul funzionamento del tubo digerente a un neonato che piange: occorre più che altro un genitore presente autenticamente!

Che la verità non sia tout-court curativa lo aveva già ben presente Freud nel 1910 (26, p. 329), contrariamente a quello che si è poi diffuso come idea culturale della psicoanalisi.

Scrivendo Freud:

“E’ un concetto da lungo tempo superato e derivante da apparenze superficiali, quello secondo il quale l’ammalato soffrirebbe per una specie d’insipienza, per cui, se si elimina questa insipienza fornendogli informazioni (sulla connessione causale della sua malattia con la vita da lui trascorsa, sulle esperienze della sua infanzia, e così via) egli dovrebbe guarire. Non è un tale “non sapere” per se stesso il fattore patogeno, ma la radice di questo “non sapere” nelle *resistenze interne del malato*, le quali in un primo tempo hanno provocato il “non sapere” e ora fanno in modo che esso permanga. *Il compito della terapia sta nel combattere queste resistenze*. La comunicazione di quanto l’ammalato non sa perché lo ha rimosso, è soltanto uno dei preliminari necessari alla terapia. Se la conoscenza dell’inconscio fosse tanto importante per il paziente quanto ritiene chi è inesperto di psicoanalisi, basterebbe per la guarigione che l’ammalato ascoltasse delle lezioni o leggesse dei libri. Ma tali misure hanno sui sintomi della malattia nervosa la stessa influenza che la distribuzione di liste di vivande in tempo di carestia può avere sulla fame”.

Il tema centrale di una psicoterapia sta quindi nel *lavoro sulle resistenze* (per un approfondito punto di vista adleriano sulle resistenze in psicoterapia vedi Fassino [14]), e in questo senso l’autenticità della e nella relazione terapeutica è molto più utile della

verità. La psicoterapia non ha il fine di scoprire verità (peraltro per la filosofia della scienza mai del tutto conoscibile [10]), ma la “*costruisce*” al servizio della coerenza del Sé [33]. È la ricerca di un autentico senso della vita [4] che ci interessa per il paziente: più che la verità sarà utile una *narrazione tessuta insieme* del significato della verità [7, 19].

L'autenticità quindi è una meta cui tendere, che informa la relazione terapeutica e la personalizza, la colora e fa sì che entrambi gli attori della psicoterapia sentano quella seduta come “propria” [49]. Non si dà un conflitto tra verità ed autenticità perché l'autenticità va oltre la mera ricerca dei fatti del passato o del presente, inerisce alla realtà psichica dei soggetti e parla un dialetto familiare per i partecipanti.

Come descrivono le parole di una paziente, l'autenticità fa sì che la *psicoterapia sia tagliata su misura*: “quella stanzetta, quello spazio-tempo strappato a tutto il resto, quei tre quarti d'ora intensi centrati su di me, con una persona collaudata, che ha il mio stesso registro, che capisce senza troppe spiegazioni, che mi fa riflettere e mi costringe a non contarmi storie”.

IV. *Empatia e disfunzione dell'empatia nella relazione terapeutica*

Il concetto di *empatia* ha una lunga storia in psicoterapia e psichiatria (Jaspers, Kohut, Fonagy per citare i più noti). E' qui intesa nell'accezione di Fassino (13, p. 52) come “fenomeno emotivo e cognitivo che consiste nella capacità di comprendere le esperienze interiori altrui e di comunicare tale comprensione” grazie alla traccia emotiva che le esperienze precedentemente vissute ci hanno lasciato e che vengono riattivate in risonanza con emozioni simili che il paziente prova ora.

Ricorda Ferrigno (18, p. 6) come l'empatia apporti alla psicoterapia “una decisiva capacità di sintonizzazione con la risposta più adatta al paziente in quel momento” e pertanto non sia un semplice strumento diagnostico o conoscitivo, ma costituisca un agente trasformativo fondamentale. Sempre Fassino - che ha recentemente compiuto una revisione esauriente del concetto di empatia nel modello adleriano [13] anche in riferimento alle nuove acquisizioni delle neuroscienze (per es neuroni specchio [29]) - si spinge ancora oltre: vi può essere un vero e proprio “contagio empatico” profondo delle emozioni che può assumere connotati terapeutici ed anche avere i suoi rischi. I rischi risiedono nel fatto che l'empatia non sempre è gestibile se non dopo una *formazione del profondo* del terapeuta alla conoscenza di sé e all'accoglimento di sé e dell'altro [54].

Alla luce di tali conoscenze, è più che ragionevole valorizzare pertanto l'interdipendenza tra il funzionamento mentale del paziente e quello del terapeuta [20] e il ruolo curativo dell'empatia nella relazione terapeutica. In fin dei conti l'*empatia è funzione basilica* di ciò che è stato trattato nei paragrafi sulla spontaneità e sull'autenticità. Non sembra possibile che le terapie dinamiche possano tornare indietro rispetto all'impor-

tanza di questo punto. Devono solo difendersi dall'eccesso di entusiasmo sul tema, dall'idea magica che si possa ottenere l'effetto terapeutico semplicemente imitandolo [25], ma tengano presente il ruolo di metabolizzatore del terapeuta di quello che il paziente non può "digerire" [13, 20].

Mi sembra qui importante sottolineare invece ulteriormente il ruolo dell'empatia nella relazione terapeutica dal punto di vista delle *capacità empatiche del paziente*. Che cosa conosciamo delle capacità empatiche dei nostri pazienti? Come entrano in gioco nella relazione terapeutica? E, soprattutto, quanto i pazienti ostacolano l'aspetto curativo dell'empatia?

Dalla clinica sappiamo che vi sono pazienti notevolmente carenti di empatia per deficit (autismo), per essere cresciuti in ambienti emotivamente freddi e patogeni (narcisistici) o al contrario pazienti con buone capacità empatiche potenziali, ma sequestrate in conflitti irrisolti (strutture nevrotiche) o messe al servizio di agiti antisociali (per esempio alcuni manipolatori patologici). Le ricerche neuroscientifiche hanno in parte confermato la presenza di disfunzioni dei circuiti connessi con l'empatia nei pazienti psichiatrici [11].

L'empatia infatti fa parte delle potenzialità dell'essere umano, ma *non è "data ab initio"* e si definisce nello sviluppo in ragione dell'ambiente in cui cresciamo e alla nostra personale rielaborazione delle esperienze ambientali. Vi sono circuiti cerebrali che ci predispongono a leggere le intenzioni e le emozioni dell'altro [50], ma il vissuto derivante dalla *lettura "incarnata"* dell'altro (come oggi si usa dire) non porta automaticamente all'empatia e al Sentimento Sociale.

Se qualcosa si rispecchia in me dell'altro – e di me nel paziente - diventa dirimente conoscere e ri-conoscere non solo ciò che sta succedendo in quel momento ma anche come è il dialogo tra questa precezione emotiva del "qui ed ora" con i vissuti transfereali che si sono costituiti "là ed allora" nel paziente che ha avuto precedenti esperienze non sempre armoniche ed empatiche. Se siamo *wired to be social* [8], non necessariamente siamo *wired to be empathic* e chi soffre spesso ha visto preclusa la possibilità di un lineare sviluppo di capacità empatiche. La vista di un altro essere umano che compie un'azione premiante per l'autore del movimento e per lui solo (il cuore della scoperta dei neuroni specchio), come ognuno di noi sa, può attivare empatia, ma anche invidia.

In fondo le terapie dinamiche hanno avuto tra i molti meriti anche quello di considerare nelle terapie anche le *spinte distruttive* dell'uomo: Pulsione aggressiva e Volontà di Potenza maligna e distorta, pulsione di morte, invidia, Ombra, nuclei perversi, autoleSIONISMO etc.. Di più vi era all'inizio del '900 la sensazione che vi fossero fondamenti biologici sottesi a tali spinte distruttive: Adler teorizza una pulsione aggressiva (poi ridefinita e rimaneggiata più volte fino a definire una più psicologizzata aspirazione alla perfezione) per primo, tra il 1907 e il 1912 [5], circa 50 anni dopo Melanie Klein

scrive: “parlo di un conflitto innato tra amore ed odio, voglio dire che la capacità di avere impulsi distruttivi ed amorosi è, fino ad un certo punto, un tratto costituzionale” (37, p. 15).

Curiosamente le neuroscienze sembrano attualmente più interessate ai sentimenti di legame che a quelli di oppositività e distruzione: una ricerca su Pubmed identifica 17625 articoli che studiano l’empatia e solo 473 articoli che studiano l’invidia con un rapporto approssimativo di 37 a 1.

Si può lasciare alle neuroscienze il tempo di proseguire le ricerche, ma nella relazione terapeutica è opportuno tener presente sempre tutte le possibilità di vissuto – del paziente e del terapeuta! – se si vuole che l’empatia abbia una potenzialità trasformativa. Il terapeuta deve utilizzare le proprie capacità empatiche, ma avere presente che il paziente potrebbe inconsciamente voler danneggiare e distruggere le potenzialità creative dell’empatia e della relazione terapeutica. Svalutazione, attacchi, agiti possono essere segni di spinte distruttive e desiderio di sopraffare difensivamente il terapeuta per prevenire e combattere ogni situazione che potrebbe esporre al dolore mentale invidioso [53], e che, di fatto, fa vivere il soggetto perennemente immerso nei sistemi intrapsichici e relazionali del diniego della possibilità di lasciarsi curare dall’empatia del terapeuta. In questi casi il terapeuta deve accogliere il paziente nel suo *bisogno di non essere accolto e di non essere capito* [15] in una sorta di paradosso dell’empatia. Occorrerà in questi casi apportare dosi minimali di stimolazioni empatiche, che tengano conto delle capacità del paziente di accettarle e alfabetizzarle [20].

Nel legame distorto che tali pazienti instaurano compito principale è saper aspettare, tenere annodate le potenzialità della relazione terapeutica, annodate con un buon nodo, che resiste, che non stressa eccessivamente la corda e che all’occorrenza sappia anche sciogliersi – temporaneamente - senza danno. In questi casi inoltre è fondamentale mantenere una *giusta distanza relazionale*, flessibile e sempre in grado di trovare “spazio di manovra” senza collisioni e senza perdersi di vista, per modulare il giusto livello di regressione, al servizio di una futuro maggior incontro empatico con il deficit [41, 56, 57].

Allo stesso modo l’utilizzo del concetto kohutiano di “*frustrazione ottimale*” può essere proficuo per empatizzare con il bisogno del paziente di poter pensare che il terapeuta registra, accoglie le sue proiezioni distruttive, le trattiene, le rielabora in forma di limite e contenimento, e tuttavia non rimane sopraffatto da esse. Un terapeuta che manovrando in tali acque non colga tutto ciò e prosegua in un atteggiamento caloroso e fiducioso è in realtà poco empatico ed inautentico: proseguirà schematicamente in una sequela di fraintendimenti comunicativi inconsci ed impliciti e non coglierà i tentativi del paziente di essere contenuto prima ancora che compreso. Ovviamente per contenere correttamente un paziente bisogna averlo prima compreso empaticamente: ma il paziente in questi casi ha più bisogno di avvertire il contenimento del terapeuta che la sua comprensione empatica.

Ovviamente non bisogna essere rigidi in senso opposto, pena un'uguale inautenticità: ricorda la Kruttke Rüping (39, p. 100) «non si può e non si deve porre l'*aut-aut* tra un comportamento frustrante oppure gratificante, tra la comprensione oppure l'«esperienza emotiva correttiva»: occorre considerare di volta in volta le implicazioni di ogni intervento». La relazione terapeutica come intesa in Psicologia Individuale Comparata ha buoni strumenti per contenere la distruttività inconscia del paziente anche grazie alla costruzione fin dagli inizi del lavoro psicoterapico di un «incontro paritario e solidale che non si presta ad assecondare né a manipolare derive patologiche» (45, p. 81).

Le parole dell'esarco di quest'articolo rimandano proprio ai pericoli di un'empatia non consapevole. La frase di Didone che accoglie Enea fuggiasco e naufrago è un perfetto verso per descrivere l'empatia: *“poiché conosco il dolore, ho imparato a soccorrere i sofferenti”*. Ma la relazione non sarà terapeutica: idealizzazione, erotizzazione, successiva svalutazione e fantasmi di abbandono distruggeranno il legame tra Enea e Didone. Che cosa bramava Enea? Albergavano in lui sotto l'amore apparente, dolore e lutto (come Didone per altro), rabbia, brama di vendetta e desiderio di avere un regno proprio (che non ha e che invece Didone ha)? O teme le relazioni dove, minacciosamente, le emozioni possono tracimare? Scappa per distruggere o scappa per salvarsi? E inoltre forse dovremmo arguire che Didone non conosceva realmente il suo dolore, intendo le radici del suo dolore, l'origine delle sue ferite?. In fondo si può rimproverare a Didone di non aver considerato le possibili conseguenze delle sue azioni originariamente empatiche: la relazione è così collassata.

Ecco questa può essere la duplice chiosa del presente paragrafo: il terapeuta ha il compito di conoscere le ragioni profonde alla radice del proprio bisogno di empatizzare con chi soffre per sapere gestire la parte che soffre dentro di lui. Inoltre deve saper mantenere una buona andatura di bolina in quelle relazioni terapeutiche che possono iniziare – e proseguire – controvento servendosi di “cautela empatica”.

V. Conclusioni

La relazione terapeutica non di rado trascende – senza tuttavia abrogare - la relazione professionale tra terapeuta e paziente [62]. In una relazione terapeutica efficace l'abituale applicazione dei “movimenti” tecnici – pur necessaria - non basta. Occorre un'impronta dello stato soggettivo dell'analista. Quello che guida il terapeuta è la capacità di comprendere profondamente il paziente nei suoi bisogni e nei suoi limiti in un intreccio tra rituale e spontaneità, tra ciò che è dato e ciò che è cocreato, tra ciò che è determinato dalle regole e ciò che è propriamente autentico di quella data relazione, tra vincolo e libertà [33].

La relazione terapeutica non è tuttavia esente da pericoli ed è indispensabile essersi formati e negli anni proseguire una supervisione per avere maggiori possibilità di

gestire le vicissitudini del rapporto curativo [54]. La natura specifica della relazione terapeutica richiede al terapeuta di “essere con” il paziente come un essere umano che condivide lo stesso genere di vulnerabilità ma che ha raggiunto un proprio significato personale ed è sufficientemente consapevole dei movimenti relazionali che attraversano lo spazio terapeutico. Nella relazione terapeutica il paziente potrà aprire nuovi scenari solo quando sentirà che vi è qualcuno lì, ora, che ascolta, empatizza, accoglie, contiene, risponde in modo coerente, da linguaggio alle sue emozioni e attiva per lui tutte quelle funzioni mentali di cui per molti motivi non ha potuto usufruire appieno nel suo sviluppo.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Dottoressa Erica Albini per il prezioso aiuto nell’editing del manoscritto.

Bibliografia

1. ABBASS, A. A., NOWOWEISKI, S. J., BERNIER, D., TARZWELL, R., BEUTEL, M.E. (2014), Review of psychodynamic psychotherapy neuroimaging studies, *Psychother. Psychosom.*, 83(3): 142-147.
2. ACCOMAZZO, R., RECROSIO, L. (1990), Il concetto di setting in psicoterapia psicoanalitica, *Indiv. Psychol., Dossier – II*, SAIGA.
3. ADLER, A. (1920) *Praxis und Theorie der Individual Psychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Grandi Tascabili Economici Newton, Roma 1992.
4. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. BARBER, J. P., MURAN, J. C., MCCARTHY, K. S. (2013), Research on dynamic therapies, in LAMBERT, M. (a cura di), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*, Wiley, New York: 443-494.
7. BION, W. R. (1962), *Learning from Experience*, tr. it. *Apprendere dall'esperienza*, Armando Editore, Roma 1996.
8. CASTIELLO, U., BECCHIO, C., ZOIA, S., NELINI, C., SARTORI, L., BLASON, L., D'OTTAVIO, G., BULGHERONI, M., GALLESE, V. (2010), Wired to be social: the ontogeny of human interaction, *PLoS One*, 7: 5(10)-e13199.
9. CAZZANIGA, G. (2001), Il silenzio del paziente nel setting psicoterapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 50: 53-70.
10. CERUTI, M. (2009), *Il vincolo e la possibilità*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
11. DECETY, J., MORIGUCHI, Y. (2007), The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: implications for intervention across different clinical conditions, *Biopsychosoc. Med.*, 16: 1-22.

12. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità professionale dello psichiatra. Interazioni cervello mente persona*, Centro Scientifico Editore, Torino.
13. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-63.
14. FASSINO, S. (2014), La resistenza ai trattamenti nell'anoressia nervosa: la psicoterapia psicodinamica adleriana ha una specifica indicazione?, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 31-70.
15. FASSINO, S., ABBATE-DAGA, G. (2013), Resistance to treatment in eating disorders: a critical challenge, *BMC Psychiatry*, 7: 13-282.
16. FERRERO, A. (2010), Il lavoro sulle finzioni in psicoterapia: significato del setting, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 81-93.
17. FERRIGNO, G. (2005), Il "piano di vita", i processi selettivi dello "stile di vita" e la comunicazione intenzionale implicita della "coppia terapeutica creativa": dalla teoria alla "clinica", *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 59-97.
18. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
19. FERRO, A. (1999), *La psicoanalisi come letteratura e terapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
20. FERRO, A. (2006), *Tecnica e creatività. Il lavoro analitico*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
21. FINK, K. (2007), Supervision, transference and countertransference, *Int. J. Psychoanal.*, 88: 1263-1273.
22. FONAGY, P. (2010), Psychotherapy research: do we know what works for whom?, *Br. J. Psychiatry*, 197(2): 83-85.
23. FONAGY, P. (2015), The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update, *World Psychiatry*, 14(2): 137-150.
24. FOSSHAGE, J. L. (2004), The Explicit and Implicit Dance in Psychoanalytic Change, *J. Anal. Psychol.*, 49: 49-65.
25. FRAZER, J. G. (1922), *The Golden Bough. A study in Magic and Religion*, tr. it. *Il ramo d'oro. Studio sulla magia e la religione*, Bollati Boringhieri, Torino 2012.
26. FREUD, S. (1910) Psicoanalisi "selvaggia", in FREUD, S., *Freud Opere*, 6, Bollati Boringhieri, Torino 1974: 325-331.
27. GABBARD, G. O. (2011), Why I teach, *Acad. Psychiatry*, 35(5): 277-282.
28. GABBARD, G. O., LESTER, E. P. (1995), *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*, tr. it. *Violazioni del setting*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1999.
29. GALLESE, V., EAGLE MORRIS, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 131-176.
30. GILL, M. (1994), *Psychoanalysis in transition: A personal view*, Analytic Press, Hillsdale, NJ.
31. HEIDEGGER, M. (1927), *Sein und Zeit*, tr. it. *Essere e tempo*, Mondadori, Milano 2011.
32. HOFFMAN, I. Z. (1991), Discussion: towards a social-constructivistic view of the Psychoanalytic Situation, *Psychoanal. Dialogues*, I, 1: 74-105.
33. HOFFMAN, I. Z. (1994), Dialectical thinking and therapeutic action in the psy-

- choanalytic process, *Psychoanal. Q.*, 63(2): 187-218.
34. HOLMES, J. (2012), Psychodynamic psychiatry's green shoots, *Br. J. Psychiatry*, 200(6): 439-441.
35. IANNI, D., ZAVALLONI, D. (1985), Il linguaggio del silenzio in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 28-29: 41-49.
36. JASPERS, K. (1913), *Allgemeine Psychopathologie*, tr. it. *Psicopatologia Generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1964.
37. KLEIN, M. (1957), *Envy and Gratitude: A Study of Unconscious Forces*, tr. it. *Invidia e gratitudine*, Martinelli, Firenze 1969.
38. KOHUT, H. (1984), *How does Analysis cure?*, tr. it. *La cura psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino 1986.
39. KRUTTKÉ RÜUPING, M. (1990), Transfert, controtransfert e resistenza, *Indiv. Psychol., Dossier – II*, SAIGA: 78-100.
40. LEICHSENDRING, S., LEWEKE, F., KLEIN, S., STEINERT, C. (2015), The empirical status of psychodynamic psychotherapy - an update: Bambi's alive and kicking, *Psychother. Psychosom.*, 84(3): 129-148.
41. LEVY, T. (2010), L'inaccettabilità del "limite": riflessioni sulle strategie dell'incoraggiamento di fronte ad alcune forme di "violazione del setting" in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67: 141-150.
42. LOCH, W. (1997), Some comments on the subject of Psychoanalysis and Truth, in SMITH, J. (a cura di), *Thought, Consciousness, and Reality*, Yale University Press, New Heaven: 219-231.
43. MACE, C., BINYON, S. (2005), Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees. Part 1: Basics of formulation, *Adv. Psychiatr. Treat.*, 11: 416-423.
44. MAJ, M. (2013), Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry, *World Psychiatry*, 12(3): 185-186.
45. MASCETTI, A. (2012), Aspetti e peculiarità del rapporto analitico nella Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 71: 79-86.
46. MITCHELL, S. (1991), Wishes, needs, and interpersonal negotiations, *Psychoanal. Inquiry*, 11: 147-170.
47. MUNNO, D. (2008), *Psicologia clinica per medici*, Centro Scientifico Editore, Torino.
48. NISSIM MOMIGLIANO, L. (1992), Due persone che parlano in una stanza. Una ricerca sul dialogo, in NISSIM MOMIGLIANO L., RO BUTTI A. (a cura di), *L'esperienza condivisa. Saggi sulla relazione psicoanalitica*, Raffaello Cortina Editore, Milano: 3-12.
49. OGDEN, T. H. (2005), *This Art of Psychoanalysis: Dreaming Undreamt Dreams and Interrupted Cries*, tr. it. *L'arte della psicoanalisi*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2008.
50. PIZZO RUSSO, L. (2009), *So quel che senti. Neuroni specchio, arte ed empatia*, Edizioni ETS, Pisa.
51. PONSÌ, M. (2012), Evoluzione del pensiero psicoanalitico. Acting out, agire, enactment, *Riv. Psicoanal.*, 58(3): 653-670.
52. RECALCATI, M. (2004), *Sull'odio*, Mondadori, Milano.
53. ROCCATO, P. (1991), Aspetti cognitivi e relazionali dell'emozione, in HAUTMANN, G., VERGINE, A. (a cura di), *Gli affetti nella psicoanalisi*, Borla, Roma: 187-190.

54. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Indiv. Psychol.*, Dossier – I: 94-121.
55. ROVERA, G. G. (1990), Aspetti analitici della regressione, *Indiv. Psychol.*, Dossier – II, SAIGA: 61-75.
56. ROVERA, G. G. (1994), *Formazione del Sé e patologia borderline*, Atque, 9: 127-140.
57. ROVERA, G. G. (2004), Iatrogenia e malpratica in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 7-50.
58. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
59. ROVERA, G. G. (2010), Peripezie della Finzione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 129-171.
60. ROVERA, G. G. (2014), Le alleanze terapeutiche in Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 76: 3-30.
61. SAFRAN, J. D. (2012), *Psychoanalysis and psychoanalytic therapies*, tr. it. *Psicoanalisi e terapie psicodinamiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2013.
62. STERN, D. N., SANDER, L. W., NAHUM, J. P., HARRISON, A. M., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A. C., BRUSCHWEILER-STERN, N., TRONICK, E. Z. (1998), Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. The Process of Change Study Group, *Int. J. Psychoanal.*, 79(Pt 5): 903-921.
63. THE BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2010), *Change in psychotherapy: A unifying paradigm*, tr. it. *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2012.
64. TSENG, W. S. (2001), *Text Book of Cultural Psychiatry*, tr. it. BARTOCCI, G. (a cura di), *Manuale di Psichiatria Culturale*, C.I.C., Roma 2003.
65. VENDER, S. (1997), *La maschera della Finzione. Realtà, verità e bugia nel rapporto tra malato e istituzione curante*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
66. WEBER, M. (1919), La politica come professione, in *Politik als Beruf, Wissenschaft als Beruf*, tr. it. *Il lavoro intellettuale come professione*, Einaudi, Torino 1967: 47-121.
67. WINNICOTT, D. W. (1971), *Playing and Reality*, tr. it. *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma 1983.

Giovanni Abbate Daga
Dipartimento di Neuroscienze
Via Cherasco 11
10126 Torino
E-mail: giovanni.abbatedaga@unito.it