

Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento

SECONDO FASSINO

Summary – EMPATHY AND ENCOURAGEMENT STRATEGY IN THE CHANGE PROCESS. Metanalyses of clinical research and brain imaging techniques validated psychodynamic psychotherapy effectiveness: but at now it's been poorly described the way of proceeding into the deep, out of conscience, of this treatment. These investigations are crucial to activate therapeutic factors at the bases of processes of change. Contributions of research about child neuropsychiatry, cognitive sciences and neuroscience confirm previous conceptions of Individual Psychology: the encouraging process, consisting in the interaction between therapist's and patient's personality, represents the effective chance to change Life Style. Empathic comprehension, real core of the encouraging process, was defined by Adler "late assumption of maternal function". Based on new acquisition about mirror neurons as neurobiological substrate of empathic communication, processes like the embodied simulation and the intentional attunement would be necessary to change empathic communication in mutual empathic comprehension between patient and therapist. Both of them internalize at a procedural level, more implicit than explicit, the mutual behavioral aspects and emotive expressions. Moments of meaning are effective only if able to activate moments of meeting. These intrapsychic and relational paths, further highlighted by neuroscience, amplify therapist's ethical responsibility in the interaction, reciprocally changing, of the setting.

Keywords: EMPATHY, ENCOURAGING PROCESS, THERAPEUTIC CHANGE

Un ringraziamento speciale alla Dott.ssa Enrica Marzola per la preziosa collaborazione.

I. Introduzione

Da poco tempo rigorosi studi di metanalisi, di ricerche cliniche e metodiche *brain imaging* [10, 26, 29] hanno convalidato l'efficacia della psicoterapia psicodinamica: finora, però, il modo di procedere verso il cambiamento *nel profondo*, operante fuori della coscienza, è stato poco descritto. Queste indagini sono tuttavia critiche al fine di attivare, con maggior probabilità di successo, i fattori terapeutici alla base dei processi di cambiamento.

Molte delle azioni di cambiamento coinvolgono conoscenza e *memoria implicita* (procedurale): il sapere implicito riguarda cosa fare, pensare e sentire in uno specifico contesto relazionale. Questo sapere non è cosciente neppure dinamicamente inconscio, ossia represso e opera fuori dalla consapevolezza: sapere relazionale implicito. Le forme di memoria e le loro caratteristiche sono state descritte da Siegel in un libro fondamentale “La mente relazionale: neurobiologia dell’esperienza interpersonale” edito nel 1999 [40].

La *memoria esplicita* è associata all’esperienza soggettiva interna di “stare ricordando qualcosa” e nel caso della memoria autobiografica a un senso di sé e del tempo. Essa comprende le forme di memoria semantica ed episodica (autobiografica): i processi di registrazione richiedono una partecipazione della coscienza e un’attenzione focalizzata. L’immagazzinamento dei ricordi richiede il coinvolgimento dell’ippocampo; i ricordi selezionati entrano a far parte della memoria permanente attraverso processi di consolidamento corticale.

La memoria *implicita* invece non è associata all’esperienza soggettiva interna di “stare ricordando qualcosa”, né a un senso di sé o del tempo. Essa è implicata nella creazione di modelli mentali: coinvolge fenomeni di “priming”. Comprende varie forme di memoria: comportamentale, emozionale, percettiva e probabilmente anche somatosensoriale. I processi di registrazione non richiedono un’attenzione focalizzata. È mediata dai circuiti coinvolti nella registrazione iniziale, indipendenti dal lobo temporale mediale/ippocampo; in questo tipo di memoria c’è l’attivazione dell’amigdala.

II. Memoria procedurale e dichiarativa in psicoterapia

Ciò che si svela nella relazione con il terapeuta è la modalità stereotipata, automatica ed abituale delle relazioni oggettuali del paziente, plasmata dalle relazioni di attaccamento nei primi anni di vita. Queste configurazioni relazionali codificate nella memoria procedurale sono anche implicite perché operano al di fuori della coscienza [4].

La psicoterapia rappresenta una nuova relazione di attaccamento che è in grado di ristrutturare la memoria procedurale implicita attaccamento-correlata. Prototipi preesistenti possono essere modificati da nuove interazioni con il terapeuta, internalizzate dal paziente. Questo modello richiede un terapeuta emotivamente coinvolto, poiché l’apprendimento affettivo implicito dipende da una vivida esperienza affettiva del terapeuta adatta alla crescita del Sé e all’autonomia del paziente.

Dal momento che la psicoterapia diventa legittimata come trattamento che ha effetti sul cervello, invece che mero intervento da *baby-sitter*, emerge la possi-

bilità in futuro di predire quali pazienti andranno meglio in psicoterapia o quali risponderanno meglio a farmaci e quali avranno bisogno di entrambi i trattamenti [18].

III. *Relazione terapeutica e cambiamento secondo la Psicologia Individuale*

In psicoterapia analitica la relazione terapeutica si basa sulla interazione tra personalità e stile di vita sia del paziente sia del terapeuta. La capacità di modulare questa equazione transculturale mediante il sistema delle identificazioni-proiezioni appare fondante per l'interazione terapeutica stessa [13, 14].

La revisione incoraggiante dello stile di vita è un processo di modulazione continua tra lo Stile di Vita del terapeuta e quello del paziente. Si avvia quel dialogo, clima e "distanza" [37] in cui il paziente può riconoscersi, si dà lasciar emergere i precedenti stili comunicativi. Dapprima infatti il paziente presenta riedizioni (transfert) delle vecchie modalità di relazione. La relazione del paziente verso il «fuori del sé» e la relazione del paziente con il «dentro a sé» possono venir modificate tramite una nuova edizione della relazione nello spazio "intermedio" che è quello della coppia terapeuta-paziente. Questo *dialogo*, spesso senza parole, trasformato rispetto a quello madre-bambino di una volta, favorisce nel paziente un più congeniale "amore di sé", "odio di sé".

Il *dialogo interiore* del terapeuta è il luogo della composizione provvisoria dei personali conflitti verso una meta di creatività relazionale. La relazione terapeutica si configura come prototipo cruciale, in vivo, di rimodellamento trasformante della distanza-vicinanza: sono qui sollecitate le capacità allevanti del terapeuta per promuovere lo sviluppo della personalità del paziente.

IV. *Processo di incoraggiamento e Sé Creativo*

Lo stile della relazione terapeutica è espressione dell'essere, del sentire e del fare del terapeuta ed è funzione del suo Sé Creativo [10]: occasione fruibile dal paziente di cogliere le proprie istanze creative per costruire alternative ai sintomi per affrontare conflitti e *deficit*.

Il processo di incoraggiamento o transmotivante [36]: a) induce la crescita di fiducia, autostima e creatività, b) favorisce lo sviluppo della personalità, Sé, mediante un passaggio da un livello motivazionale a quello successivo e tramite l'integrazione degli stessi, c) stimola il cammino verso la gratificazione dei bisogni alti e supremi [30] riattivando *per effectum* processi prospettici e progettuali.

Se la relazione terapeutica è il nucleo motore dell'intervento clinico, il *processo di incoraggiamento*, nella peculiare accezione individualpsicologica [1, 8] rappresenta il cuore della relazione terapeutica. Le identificazioni e le controidentificazioni del paziente favoriscono lo sviluppo del suo Sé oltre gli schemi della dipendenza regressiva – pur necessaria all'inizio per mantenere la relazione terapeutica – nei momenti in cui incontrano il Sé Creativo del terapeuta (cfr. l'"identificazione congeniale") [38].

Tramite un'"identificazione creativa" [12] lo psicoterapeuta percepisce le possibilità del paziente di "accordare" le valenze del Sentimento Sociale e della Volontà di potenza in un progetto alternativo ai sintomi *possibile ora*. La richiesta al paziente di impegnarsi creativamente, fondata su identificazioni del terapeuta, riguarderà "solo quanto egli può essere, sentire, fare". Lo scoraggiamento [14], come demotivazione e depressione, incombe quando è avviato un parziale smascheramento delle mete fittizie. Il terapeuta rinunci al proprio metro di concessione della stima [3].

V. *Empatia e processo empatico*

L'empatia è un fenomeno emotivo e cognitivo che consiste nella capacità di comprendere le esperienze interiori altrui e di comunicare tale comprensione. Nel 1917 E. Stein [17] presentava uno studio fenomenologico sull'empatia, all'epoca poco considerato, ma che presenta ora notevole attualità. «Nel momento in cui trasponendoci interiormente nell'orientamento e nel vissuto di un altro, viviamo in modo non originario l'esperienza originaria altrui, [...] in quel preciso momento il soggetto dell'empatia è il Noi in cui l'Io empatizzante e l'Io empatizzato permangono distinti. [...] Allora io giungo in questo dato modo, non al fenomeno del vissuto altrui, ma a una mia propria esperienza, che l'azione vista fare dall'altro, risveglia in me» (41, p. 89).

L'empatia del terapeuta proietta il suo Sé osservante nello spazio interiore del suo paziente, cui segue un'identificazione transitoria e una successiva presa di coscienza da parte del terapeuta. «L'incoraggiamento empatico si pone come posizione di indagine [...], di responsività ottimale [...] che sostiene la capacità di sintonizzazione con la risposta più adatta al paziente in quel momento» (15, p. 11). L'empatia coinvolge sia il dominio cognitivo sia quello affettivo, emozionale. Il dominio cognitivo si basa sull'abilità nel capire/spiegare l'esperienza interiore e i sentimenti di un'altra persona e la capacità di vedere il mondo circostante dal punto di vista altrui; il dominio affettivo coinvolge la capacità di comprendere, di entrare dentro o esser vicino alle esperienze e ai sentimenti di un'altra persona. Il prerequisito indispensabile per il cambiamento poggia sul *coinvolgimento emotivo ottimale empatico* del terapeuta nella relazione con il paziente.

L'empatia si configura come un "processo" dal momento che richiede per la sua attivazione una complessa capacità percettiva, introspettiva e comunicativa [2, 5, 20]. Il percorso analitico è stato ri-definito da Kohut [24] come introspezione empatica vicariante. Tale processo è caratterizzato dalla presenza di una funzione integrante, cioè l'abilità, potenzialità di cambiare insieme le molte modalità di comunicazione e anche da fattori quali proiezione, identificazione e ottimale distacco. Particolarmente utile è l'abilità di tollerare uno stato emotivo-cognitivo di "non conoscenza e di incapacità". La *comprensione empatica* rappresenta il risultato finale di tale processo emotivo e cognitivo.

L'empatia è la *conditio sine qua non* dell'incoraggiamento: configura quei modi di pensare, sentire, fare, essere ("tardiva assunzione della funzione materna") [3] del terapeuta che mediante comunicazioni empatiche più spesso non verbali trasmette al paziente i propri sentimenti di fiducia, in modo che "il paziente impari a fidarsi di se stesso".

VI. Meccanismi neurobiologici dell'empatia

I ricercatori sono ancora divisi sulla definizione e sulle misure di empatia e sul modo di incrementarla: c'è scarsità di studi empirici sull'argomento nella letteratura psichiatrica. Nel 2006 tuttavia Rizzolatti e Sinigaglia [34] hanno pubblicato un'importante scoperta individuando i *mirror neurons*: neuroni dotati di una sorprendente caratteristica, in grado cioè di attivarsi sia quando compiamo una data azione in prima persona sia quando vediamo che altri la compiono.

Il sistema a *neuroni specchio* umano è formato nel cervello da una rete corticale motoria composta dalla parte rostrale del lobulo parietale inferiore, dal settore caudale (*pars opercularis*) del giro frontale inferiore, così come da parti della corteccia premotoria. Tale meccanismo di percezione-azione automatica ha una valenza adattativa per la sopravvivenza degli individui.

Tecniche di *brain imaging* funzionale hanno evidenziato come un soggetto *percepente* inferisca lo stato mentale (di un altro) quando può essere assunta qualche sovrapposizione sé-altro (quando l'altro è simile a sé) e quando non può (quando l'altro è dissimile da sé). Si attuerebbe una doppia dissociazione: la mentalizzazione riguardo a un altro simile coinvolge una regione ventrale della mPFC (corteccia prefrontale mediale) legata a pensieri autoreferenziali, mentre la mentalizzazione riguardo a un altro dissimile coinvolge una sottoregione più dorsale della mPFC [33].

Partecipare come testimoni ad azioni, sensazioni ed emozioni di altri individui attiva le stesse aree cerebrali di norma coinvolte nello svolgimento in prima persona

delle stesse azioni e nella percezione delle stesse sensazioni ed emozioni. Tali circuiti condivisi traducono la visione e il suono di quello che le altre persone fanno e percepiscono nel linguaggio delle azioni e dei sentimenti propri degli osservatori. Questa traduzione può aiutare a capire le azioni e i sentimenti di altri fornendo introspezioni intuitive sulla loro vita interiore. Gli individui possono capire senza sforzo molto di quanto sta accadendo nella mente delle altre persone. Una serie di esperimenti sta alla base della teoria neurale unificata della *social cognition*: essa ha chiarito come comprendiamo le azioni degli altri dalla prospettiva della condivisione delle loro azioni. Oltre ai *neuroni specchio* ne esisterebbero altri che si attivano in risposta alle *sensazioni*, per esempio tattili e alle emozioni [23].

L'empatia coinvolge sia la condivisione delle emozioni (processamento delle informazioni dal basso verso l'alto) sia il controllo esecutivo per regolare e modulare tale esperienza (processamento di informazioni dall'alto verso il basso), con il rinforzo di sistemi neurali specifici ed interagenti. Inoltre, la consapevolezza di una distinzione tra le esperienze proprie e quelle degli altri costituisce un aspetto cruciale dell'empatia [6].

Nel *Disturbo Borderline di personalità* ci sarebbe per esempio una "ipersensibilità" nel sistema limbico (amigdala) e un'ipofunzione della corteccia prefrontale. Le funzioni cognitive ed emotive e le interazioni tra le due sembrano alterate in linea con i loro immaturi livelli di empatia orientati al sé (l'angoscia personale o il porre il loro stato mentale sugli altri): una risonanza esagerata e iperaffettiva con lo stato mentale degli altri [7].

L'empatia si basa in definitiva sia sul processamento di informazioni dal basso verso l'alto (sistemi neurali condivisi tra l'esperienza emotiva in prima persona e la percezione o l'immaginazione dell'esperienza altrui), sia sul processamento dall'alto verso il basso che consente la modulazione e l'auto-regolazione. Senza auto-regolazione il processamento delle informazioni perderebbe flessibilità e diventerebbe primariamente legato alle stimolazioni esterne.

VII. *Acquisizioni critiche per la psicoterapia*

Le neuroscienze cognitive hanno quindi iniziato a chiarire i sistemi neurali che rinforzano i processi coinvolti nell'esperienza dell'empatia. Tali processi comprendono la condivisione delle emozioni, l'acquisizione di prospettive, la regolazione delle emozioni e la preoccupazione empatica che indica una reazione emotiva caratterizzata da sentimenti quali compassione, tenerezza, bontà di cuore e simpatia.

Una questione critica è se le istruzioni sull'acquisizione di prospettiva inducano preoccupazione empatica e/o angoscia personale e a quale livello la motivazione

prosociale origini dalla sovrapposizione tra se stessi e gli altri. Adottare una propria prospettiva quando si osservano gli altri soffrire ha come risultato più forti sentimenti di angoscia personale e attiva la matrice del dolore con maggiore ampiezza.

Una tale completa fusione tra se stessi e gli altri sembra essere dannosa per la preoccupazione empatica. Invece, la migliore risposta per la sofferenza altrui potrebbe essere non l'angoscia, ma lo sforzo per diminuire tale ansia. Al contrario, quando i partecipanti prendono la prospettiva altrui, si verifica una minore sovrapposizione tra i circuiti neurali coinvolti nel processamento dell'esperienza in prima persona del dolore e loro infatti riportano più sentimenti di preoccupazione empatica.

VIII. *Embodied simulation (ES)*

I circuiti neurali attivi in una persona, che sta compiendo un'azione o vivendo emozioni o sensazioni, sono attivati automaticamente anche – tramite il sistema dei neuroni specchio – in colui che osserva queste azioni, emozioni, sensazioni. Questi stati di attivazione condivisa sono sostenuti da un meccanismo funzionale di *embodied simulation*: essa consiste di un'imitazione automatica inconscia e non inferenziale – da parte dell'osservatore – di azioni, emozioni e sensazioni manifestate e sperimentate dall'osservato. Il pattern neurale – *mirror neurons* – di attivazione condivisa e la simulazione incorporata costituirebbero una base biologica fondamentale per la comprensione della mente dell'altro.

ES costituisce un meccanismo obbligatorio, inconscio e preriflessivo – non il risultato di uno sforzo cognitivo deliberato e conscio – mirato all'interpretazione delle intenzioni nascoste nel comportamento evidente degli altri. La simulazione automatica dell'espressione emozionale del paziente da parte del terapeuta (o “identificazione concordante” con il paziente) non è di per sé curativa: che il terapeuta *senta* ciò che *sente* il paziente non è in sé di aiuto al paziente. Ciò che aiuta è il fatto che ES fornisce una base importante per la *comprensione empatica* del paziente da parte del terapeuta. Il terapeuta fa esperienza di *qualcosa di simile* a ciò che esperisce il paziente, piuttosto che una *replica* dell'esperienza del paziente. È come se il paziente “vedesse” *nel terapeuta una versione più gestibile di ciò che il paziente stesso sta sperimentando* [19].

IX. *Sintonizzazione intenzionale*

Quando confrontiamo il comportamento intenzionale degli altri, la *simulazione incorporata* genera uno specifico stato fenomenologico di “sintonizzazione

intenzionale”. Questo a sua volta genera una particolare *familiarità* con gli altri individui. I differenti sistemi di neuroni specchio ne rappresentano le istanziazioni subpersonali.

Il sistema di neuroni specchio non implica necessariamente un rispecchiamento attivo o inconscio in senso psicoanalitico. Questo comporta un passo in più in cui il comportamento di chi osserva è in qualche modo congruente e sintonizzato con l’espressione emotiva di colui con cui interagisce (per es. le interazioni madre-bambino) “perché la comprensione empatica di un altro si riflette non nell’imitazione o nella duplicazione del comportamento altrui, ma in risposte congruenti e sintonizzate, tra cui quelle complementari o modulate”. “L’osservazione di un comportamento altrui scatena un’imitazione automatica di quel comportamento ed è il meccanismo che rende possibile la comprensione empatica che può eventualmente portare a risposte complementari o modulate” [27].

La simulazione incorporata supporta e fornisce un possibile substrato neuronale per gli attuali assunti analitici riguardanti l’uso del controtransfert nel contesto analitico e alla concettualizzazione della reazione transferale. Finché l’analista si accostava al modello dello “schermo vuoto” c’erano pochi spunti comportamentali ed affettivi che il terapeuta produceva (o che credeva venissero prodotti).

X. *Il processo di cambiamento*

Molti aspetti del cambiamento evolutivo, dipendenti dalle interazioni tra genitori e bambini, sono stati studiati da Stern e dal gruppo di Boston [42] per il loro importante ruolo nel mettere in luce i processi di cambiamento nelle psicoterapie dell’adulto. È stato scoperto che la grande maggioranza dei cambiamenti terapeutici si verifica nel campo della consapevolezza implicita [42].

X. 1. *Now moments e moments of meeting*. Durante una seduta, i punti di potenziale cambiamento si presentano come “now moments”, cioè momenti non prevedibili: una breve unità di tempo soggettiva nella quale qualcosa di importante, in *prospettiva futura*, accade. I “now moments”, momenti presenti, rappresentano come “schemi di modalità” di “stare-con-qualcun altro”: cambiamenti repentini non lineari nel processo della seduta terapeutica.

La durata del momento presente è di alcuni (micro)secondi: il tempo necessario per afferrare il senso di “cosa sta succedendo ora, qui, tra di noi”. È costruito attorno alle intenzioni o ai desideri e al loro *enactment*, che tracciano una linea di tensione man mano che ci si muove verso l’obiettivo. Se il “momento presente” è accettato empaticamente come una richiesta per una rivalutazione dell’implici-

ta conoscenza riguardo il loro rapporto, un nuovo contesto intersoggettivo si mette in atto in un *moment of meeting* “momento di incontro”; esso agirà per “catapultare” il contesto implicito intersoggettivo in un nuovo “stato”, uno stato diadico di consapevolezza ristabilendo in equilibrio il sistema. Il risultato finale è un cambiamento nella *relazione implicita* di entrambi i membri. Un “momento di incontro” è l’atto che cambia il contesto intersoggettivo della memoria relazionale implicita del paziente. Un’interpretazione è invece l’atto che cambia il panorama intrapsichico della conoscenza esplicita del paziente. Questi due meccanismi possono agire soli o insieme.

X. 2. *Comprensione empatica come principale fattore di cambiamento.* L’incoraggiamento empatico – sostiene Ferrigno – si basa su indagine e responsività [15], ma è nella comprensione empatica, risultante del processo empatico, che forse si situano i principali fattori di cambiamento.

Nel *setting* si succedrebbero alcune fasi: a) il terapeuta attiva, tramite i neuroni specchio, la propria *Embodied Simulation* di atti, emozioni, difese, ambivalenze, resistenze del paziente; b) egli “metabolizza” le emozioni del paziente; c) le elaborazioni di transfert del terapeuta, del suo controtransfert, inducono in lui risposte – *emozioni, enactments, sussurri, parole, gesti* – modulate o complementari a quelle del paziente; d) il paziente *copia* e attiva su questi momenti di comunicazione la propria *Embodied Simulation*; e) cui succedono *intentional attunements* da cui possono nascere *momenti d’incontro* portatori di cambiamento.

Ciò che rende possibile la sintonizzazione attiva e che costituisce la base biologica per tale sintonizzazione è l’esistenza del sistema neuroni specchio e della simulazione incorporata automatica. Il sistema specchio, necessario per la sintonizzazione, non è però sufficiente per garantirla. Sebbene il sistema specchio e la simulazione incorporata siano universali, ci sarebbe un’ampia gamma di differenze individuali nella capacità delle persone di comprendere gli altri e di empatizzare. La comprensione empatica – basata su simulazione incorporata e sintonizzazione intenzionale – è quindi il contesto emotivo affettivo in cui i momenti presenti diventano momenti di incontro. Questi sarebbero gli agenti necessari e forse sufficienti del processo di cambiamento.

X. 3. *Momenti significativi d’incontro per la Psicologia Individuale.* Kandel [22], Premio Nobel per la medicina nel 2000 per le sue scoperte sulla trasduzione dei segnali nel sistema nervoso, commentando i lavori di Stern [42] osserva: «I *momenti di significato* rappresentano il raggiungimento di un nuovo assetto di ricordi impliciti, che consentono alla relazione terapeutica di progredire a un nuovo livello» (22, p. 85) più adattativo rispetto ai sintomi. Il collaudo di nuove

esperienze relazionali nel *setting* non richiede che l'inconscio diventi conscio, contrariamente a quanto si riteneva circa la natura dell'*insight*. I momenti di significato sono «capaci di produrre cambiamenti comportamentali tali da ampliare il repertorio di strategie procedurali del paziente tanto nei modi di fare che di essere» (*Ivi*). È verosimile che per Kandel i momenti di significato indichino i momenti di incontro significativi per il processo di cambiamento, e non momenti cognitivi consci di attribuzione di significato.

Le ipotesi individualpsicologiche sono da tempo focalizzate sulla funzione di cambiamento propria di stili relazionali sperimentati *hic et nunc* nel *setting* e trovano nelle acquisizioni neurocognitive importanti convalide. Rispetto alle ipotesi sulle interpretazioni verbali sui vissuti del paziente sembra quindi decisivo "l'essere con" nella relazione con il paziente. *I momenti di significato sono tali perché momenti d'incontro!*

Molti cambiamenti avvengono nell'inconscio e sembra che il meccanismo d'azione principale sia nell'esperienza ripetuta di *un nuovo tipo di relazione* durante la psicoterapia che entra a far parte della memoria procedurale attraverso *momenti di incontro significativi* esperiti nel *setting* durante la relazione con il terapeuta. Per la Psicologia Individuale l'agente terapeutico di cambiamento si colloca nell'*esperienza relazionale in vivo di un nuovo sentimento di appartenenza e di cooperazione che si sviluppa da un attaccamento sicuro tramite il coinvolgimento empatico di paziente e terapeuta* (Tabella 1).

C'è nel paziente un nuovo collaudo creativo della stima di sé: il terapeuta vive il paziente come persona meritevole di attenzione, impegno, apprensione e autonomia in un coinvolgimento relazionale ottimale che modifica entrambi; tale trasmissione empatica della fiducia verso una persona capace di sofferenza, solitudine e frustrazione come pure di iniziativa per un originale senso della propria vita è in grado di attivare il Sé Creativo evoluto che diventa più efficace a prendersi cura di sé.

Nei *moments of meeting* c'è l'incontro regressivo col *deficit*, la "segreta forza motrice" «solo se il paziente non si sentirà punito, per quelle mete compensatorie errate, solo se gli viene fornito implicitamente un modello di accoglimento di Sé per perdonarsi di essere stato un tempo tanto debole da dover orientare la sua vita verso la perfezione, egli potrà rinunciare a quelle mete fittizie che rendono necessaria la sua depressione. Perdonato egli potrà perdonare se stesso» (39, p. 97). Durante questo processo empatico di accettazione si avvia la ricostituzione di *un modello relazionale intrapsichico accettante il deficit* [39]. Questa esperienza autentica del *deficit* in terapia è vissuta dal paziente insieme al suo terapeuta e non raramente nei sogni compaiono le avanguardie di tali nuove esperienze e momenti di significato.

Le teorie sul *mirroring* – rispecchiamento reciproco tra madre e bambino – trovano plausibili spiegazioni nella neurofisiologia dei neuroni specchio. Una madre affettuosa e sensibile, adeguatamente rispecchiante, favorisce un attaccamento sicuro nel bambino (mediante accettazione incondizionata, indulgenza, valorizzazione, ecc.) in cui cresceranno le capacità empatiche, protettive verso i disturbi mentali.

Il terapeuta fa il paragone tra sé e il paziente [13], “Il trattamento coinvolge e trasforma sia il medico che il paziente” [16]; “l’atteggiamento empatico è essenzialmente costituito “dalla tardiva assunzione della funzione materna da parte dello psicoterapeuta... vedere con i suoi occhi, ascoltare con le sue orecchie... sentire col suo cuore” [16]. Le funzioni di mentalizzazione, attaccamento e *mirroring* sono fra loro articolate e rappresentano le basi anche cliniche di nuove modalità di cura per i casi difficili, specie borderline [31].

Tabella 1. Frammento clinico

Claudia di anni 4 (Dist. Comportamento Dirompente) sta disegnando con la psicoterapeuta Anna...

È nervosa... cancella spesso quello che fa... Non è soddisfatta di come procede il disegno... Butta per terra con rabbia le matite colorate...

La terapeuta la invita a raccogliere: «Aiuti Anna a raccogliere le matite?». Claudia rifiuta imbronciata e se ne va dal tavolo in cui era seduta con Anna.

Anna dice che per lei è faticoso perché ha mal di schiena. Claudia la guarda con sfida... e offre ad Anna un cuscino... da appoggiare allo schienale della sedia...

Anna non insiste e inizia a far qualcosa... con altri fogli da disegno...

Dopo qualche minuto è Claudia che rivolge ad Anna lo stesso invito: «Mi aiuti a raccogliere le matite?».

Anna aderisce di buon grado... Anna e Claudia raccolgono da terra le matite...

Claudia è molto soddisfatta ...

Ricominciano a disegnare insieme.

X. 4. *Significato e incontro; esplicito ed implicito.* “I momenti di incontro” sono necessari per un processo trasformativo in senso analitico e devono essere inseriti in una relazione implicitamente ed esplicitamente guidata da uno spirito di ricerca di significato. L’analista ed il paziente provano ad esplorare, capire e comunicare generando una nuova conoscenza relazionale implicita e mettendo in luce modelli mentali impliciti e narrazioni autobiografiche esplicite. L’implicito

nello “spirito” e l’esplicito nella “ricerca” coinvolgono i sistemi procedurali e di memoria allo scopo di effettuare il cambiamento psicoanalitico [17].

X. 5. La partecipazione affettiva dell’analista. Negli ultimi 25 anni si è verificato un notevole cambiamento all’interno della Psicoanalisi. Lo spostamento paradigmatico da una scienza positivista a una scienza relativista che ha escluso l’oggettivismo da un punto di vista filosofico e il secondo spostamento paradigmatico dall’intrapsochico a una teoria sul campo ha mostrato che l’analista partecipa pienamente, insieme al paziente, alla co-creazione e alla co-costruzione della relazione analitica [17]. Di conseguenza, attualmente si stanno ampliando i processi comunicativi relazionali. Piuttosto che all’anonimato, si dà rilievo all’autenticità dell’analista come punto centrale della relazione analitica: il cambiamento avviene ad un “livello profondo” dell’incontro [9, 17, 27, 33].

Diversi autori [17, 24, 42] osservano che gli “*enactments*” [25] – momenti comunicativi spontanei, autentici dell’analista quando fuoriesce dai confini della tecnica e del rituale analitico – siano momenti chiave necessari e facilitanti che determinano il cambiamento. Lichtenberg e Lachmann [28] ne sostengono l’efficacia purché siano “disciplinati” anche se emergono all’improvviso nella relazione analitica.

XI. Conclusioni

L’esempio, come pure la testimonianza (procedurale), è più incisivo della parola (dichiarativa)! Il nostro cervello tramite *mirror neurons* crea modelli del comportamento altrui allo stesso modo in cui crea modelli del nostro comportamento: questi agiscono a nostra insaputa e *contagiano* gli altri più efficacemente e nonostante le comunicazioni consapevoli. Questi percorsi intrapsichici e relazionali, resi ulteriormente evidenti dalle neuroscienze, sono le basi delle strategie procedurali di incoraggiamento come aspetti centrali nel processo di cambiamento.

I *moments of meeting* sono di per sé incoraggianti. L’*embodied simulation* del paziente verso il terapeuta e viceversa comporta che al paziente passino per via *mirror neurons* non tanto le parole, ma specialmente ciò che *veramente* è sentito dal terapeuta: su questo è (ri)costruita una complementare “struttura di accoglimento di sé” nel paziente. Il *come* il terapeuta reagisce al paziente diventa protesi (utile o dannosa), un pezzo nuovo del sé del paziente. *La comprensione empatica autentica è il cuore dell’incoraggiamento.* Lo stile della restituzione empatica per essere fruibile in direzione evolutiva del Sé – da parte del paziente – deve esprimere l’*essere, il sentire* autentico del terapeuta che condiziona il suo fare

“creativo”: è un approccio etico, ancor prima che tecnico-scientifico. Il *contagio profondo* di fiducia, sfiducia, angoscia, delusioni, speranze, oltrepassa, rinforza o annulla, confonde i messaggi verbali e gestuali intenzionali delle strategie consapevoli dell'incoraggiamento.

Ne risultano accresciute – nell'interazione reciprocamente trasformante nel *setting* – le responsabilità etiche del terapeuta. La formazione *del profondo* del terapeuta alla conoscenza di sé e all'accoglimento di sé e dell'altro [35] è allora una necessità scientifica e prerequisito etico [41] al contempo.

T. Hora aveva comunque già osservato nel 1959: «in ultima analisi possiamo giungere alla scoperta importante che quanto diciamo come terapeuti produce poco o nessun risultato... mentre ciò che veramente ha valore è ciò che noi siamo... come duemila anni fa Lao Tzu “il modo giusto per fare è essere”» (21, p. 178)!

Il monito dell'Evangelista Matteo 23, 3: «quanto vi dicono, fatelo, ma non fate secondo le loro opere, perché dicono e non fanno» (31, p. 2100) potrebbe contenere anche un avviso tecnico per i pazienti nei confronti dei terapeuti!

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1935), The Fundamental View of Individual Psychology, *Int. J. Ind. Psych*, 1: 5-8.
3. ADLER, A. (1936), Prefazione al diario di V. Nijinskj., in ANSBACHER, H. L., PARENTI, F., PAGANI, P. L., “Adler e Nijinskj”, *Quaderni Riv. Psicol. Indiv.*, 6, 1981.
4. AMINI, F., LEWIS, T., LANNON, R., LOUIE, A., BAUMBACHER, G., MCGUINNESS, T., SCHIFF, E. Z. (1996), Affect, Attachment, Memory: Contributions Towards Psychobiologic Integration, *Psychiatry, Fall*, 59: 213-239.
5. BERGER, M. D. (1984), The Way to Empathic Understanding, *Am. J. Psychiat.*, 1: 45-56.
6. DECETY, J., LAMM, C. (2006), Human Empathy through the Lens of Social Neuroscience, *Scientific World Journal*, 6: 1146-1163.
7. 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.
8. DINKMEYER, D. C., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to Learn: the Encouragement Process*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti Barbera, Firenze 1974.

9. EHRENBERG, D. B. (1992), *The Intimate Edge*, Norton, New York.
10. ETKIN, A., PITTENGER, C., POLAN, H. J., KANDEL, E. R. (2005), Toward a Neurobiology of Psychotherapy: Basic Science and Clinical Applications, *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 17: 145-158.
11. FASSINO, S., DELSEDIME, N., NOVARESI, C., ABBATE DAGA, G. (2005), Psicoterapia e neuroscienze: crescenti evidenze neurobiologiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 57: 13-29.
12. FASSINO, S. (1989), Social Interest and Creative Self, *Indiv. Psyc. Doss.*, 1: 61-91.
13. FASSINO, S., BOGETTO, F., FERRERO, A. (1984), Concerning the Problem of Adaptation Social Interest and Reality Principle. A Critical Comparison, *Beiträge zur Individualpsychologie*, 3: 30-38.
14. FASSINO, S., FERRERO, A. (1982), A proposito dell'identificazione transindividuale al servizio dell'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 9-10: 159-167.
15. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
16. FONAGY, P., TARGET, M. (2006), The Mentalization-Focused Approach to Self Pathology, *J. Pers. Disord.*, 20: 544-576.
17. FOSSHAGE, J. L. (2004), The Explicit and Implicit Dance in Psychoanalytic Change, *J. Anal. Psychol.*, 49: 49-65.
18. GABBARD, G. O. (2009), *Textbook of Psychotherapeutic Treatments*, American Psychiatric Publishing, Washington.
19. 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.
20. HOJAT, M., GONNELLA, J. S., NASCA, T. J., MANGIONE, S., VERGARE, M., MAGEE, M., (2002), Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *Am. J. Psychiatry.*, 159: 1563-1569.
21. HORA, T. (1959), Epistemological Aspects of Existence and Psychotherapy, *J. Indiv. Psychol.*, 15: 173-180.
22. KANDEL, E. (2005), *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*, tr. it. *Psichiatria, Psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Raffaello Cortina, Milano 2007.
23. KEYSERS, C., GAZZOLA, V. (2006), Towards a Unifying Neural Theory of Social Cognition, *Prog. Brain Res.*, 156: 379-401.
24. KOHUT, H. (1984), *How Does Analysis Cure?* University of Chicago Press, Chicago.
25. LAZAR, S. (1998), *Optimal Responsiveness and Enactments*, in *Optimal Responsiveness: How Therapists Heal Their Patients*, H. Bacal, Northvale, Jason Aronson, NJ.
26. LEICHSERING, F., RABUNG, S. (2008), Effectiveness of Long-Term Psycho-dynamic Psychotherapy: a Meta-Analysis, *JAMA*, 300: 1551-1565.
27. LEVENSON, E. A. (1983), *The Ambiguity of Change: an Inquiry into the Nature of Psychoanalytic Reality*, Basic Books, New York.
28. LICHTENBERG, J., LACHMANN, F., FOSSHAGE, J. (1996), *The Clinical Exchange: Technique from the Standpoint of Self and Motivational Systems*, Hillsdale, The Analytic Press, NJ.
29. LINDEN, D. E. (2006), How Psychotherapy Changes the Brain. The Contribution of Functional Neuroimaging, *Mol. Psychiatry*, 11: 528-538.
30. MASLOW, A. (1951), *Motivazione e personalità*, Armando, Roma.

31. MATTEO EVANGELISTA, Vangelo secondo Matteo, in *La Bibbia. Via Verità e Vita*, a cura di Conferenza episcopale italiana, Ed. San Paolo, Torino 1974.
32. MITCHELL, J. P., MACRAE, C. N., BANAJI, M. R. (2006), Dissociable Medial Prefrontal Contributions to Judgments of Similar and Dissimilar Others, *Neuron.*, 50: 531-534.
33. MITCHELL, S. (1993), *Hope and Dread in Psychoanalysis*, Basic Books, New York.
34. RIZZOLATTI, G., SINIGAGLIA, C. (2006), *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina, Milano.
35. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Indiv. Psychol. Dos.*, 1: 94-121.
36. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
37. ROVERA, G. G. (1984), Il problema della distanza nella fobia, in ROSSI, R., PETRELLA, F. (a cura di), *Psicoterapia delle fobie*, Massanza e Sinchetto, Torino.
38. ROVERA, G. G. (1990), Analytic Aspects of Regression, *Indiv. Psychol. Dos.*, 2: 61-76.
39. SEIDEL, V. (1985), Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologische Therapie, *Beiträge zur Individualpsychologie*, 6: 90-99.
40. SIEGEL, D. J., (1999), *The Developing Mind*, tr. it. *La mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
41. STEIN, E. (1917), On the Problem of Empathy, tr. it. *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma 2003.
42. STERN, D. N., SANDER, L., NAHUM, J., HARRISON, A., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A., BRUSHWEILER-STERN, N., TRONICK, E. (1998), Non-interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: the "Something more" than Interpretation, *International Journal of Psycho-Analysis*, 79: 903-921.

Secondo Fassino
Dipartimento di Neuroscienze
Università di Torino
Via Cherasco, 11
I-10126 Torino
E-mail: secondo.fassino@unito.it