

Per una psicodinamica della self-compassion: oltre l'empatia, tramite il sé creativo

SECONDO FASSINO, GIAN GIACOMO ROVERA

Summary – FOR A PSYCHODYNAMICS OF SELF-COMPASSION: BEYOND EMPATHY, THROUGH THE CREATIVE SELF. The phenomenon of empathy is sometimes considered almost synonymous with compassion. Although many studies present a more cognitive image, the etymology of the word indicates a phenomenon that goes beyond the cognitive perception of the internal emotional state of the other. Although the concepts of empathy and compassion have been around for many centuries, their scientific study is relatively recent. While empathy is born as an implicit perception of the emotions of others, compassion differs from empathy because it includes the desire, also, but not only explicit, to alleviate the suffering of others. Although there are still no univocal meanings, researchers and clinicians understand compassion as an empathetic response to suffering, perceived even if not consciously, a conscious process, but not only that, which pursues the patient's well-being through specific and ethical actions aimed at finding a solution to his suffering. In this contribution, after having considered some recent neurophysiological and clinical developments, the authors discuss the characteristics of compassion with respect to empathy through references to the concepts of Personality, Character, Cooperativity, Social Feeling. In particular, the psychobiological model of personality and its connections with Individual Psychology (IP) are proposed.

The family crisis and the continuous growth of psychopathologies in children call for urgent revisions of care models as well as of training courses for parents (!) and clinicians. In order to contribute to this revision, after some references to the problem of the development of compassion, the hypothesis of a psychodynamic of (self)compassion is presented, where meeting, alliance with the deficit, forgiveness, Creative Self, process of encouragement would be both precursors and effects of self-compassion. The belated assumption of the maternal function by Adler presented as the essence of the psychotherapeutic relationship IP should consider the compassionate mother as well as the empathic mother.... Forgiveness and compassion are configured as social propensity attitudes and indicate the opportunity to implement the training of IP therapists with depth analysis courses that favor the acquisition of skills, ways of being compassionate and prone to self-compassion by paying attention, in some patients, to the defenses and barriers to compassion and its side effects.

Empathic / compassionate understanding represents the founding virtue together with the propensity for encouragement of being a psychotherapist today... The style of empathic reception to contribute to the evolution of the Self - on the part of the patient - must express being, feeling compassionate authentic of the therapist, his "creative" doing, even subliminal and implicit, which promotes the alliance and repair of the deficit.

Keywords: SELF-COMPASSION, EMPATIA, PSICODINAMICA, SÉ CREATIVO

I. Introduzione

La Psicoanalisi fin dagli albori dal primo Freud e dal primo Adler ha considerato il ruolo dell'empatia nella pratica clinica. Nel 1905 ne *"Il motto di spirito e la sua relazione con l'Inconscio"* Freud [21] afferma "...l'effetto comico sembra dipendere dalla differenza tra due dispendi di investimento, quello dell'immedesimazione e quelli dell'io...". Nel 1913 in *"Empatia, intuizione e formulazione delle ipotesi"* Adler [1] osserva come "L'insight del significato del piano di vita è facilitato dall'empatia artistica e intuitiva con la natura essenziale del soggetto" e nel 1936 [3b] nella "Prefazione del Diario di Vaslav Nijinsky" osservava "Il trattamento coinvolge e trasforma sia il medico che il paziente"... "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".

"Le difficoltà dei terapeuti possono derivare dal fatto che si resta legati al proprio concetto di vanità, alle proprie fantasie, al proprio metro di concessione della stima. Freud [22] nel 1921 in *"Psicologia delle masse"* osservava come dall'identificazione attraverso la via dell'imitazione si giungerebbe fino all'empatia, attraverso cui siamo capaci di assumere qualsiasi atteggiamento nei confronti di un'altra vita mentale. "Siamo lungi dall'aver trattato esaurientemente il problema dell'identificazione ... ci troviamo in presenza del processo che la psicologia chiama "immedesimazione" (Einführung/empatia) e che più di ogni altro ci permette d'intendere l'Io estraneo di altre persone".

In quegli anni tuttavia la *filosofia fenomenologica* otteneva più importanti approfondimenti rispetto alla psicoanalisi, specie la scuola di Husserl e soprattutto la sua allieva Edith Stein [54], nella sua tesi di dottorato (1917): l'empatia è un atto di conoscenza del tutto peculiare, sui generis.

Non è una semplice comprensione dei sentimenti e delle emozioni altrui: l'altro è sperimentato come un altro essere vivente rispetto a se stessi attraverso il riconoscimento della somiglianza, specie nell'esperienza comune dell'azione.

Per Stein il processo empatico prevede tre gradi, attraverso cui *rendersi conto* del vissuto dell'altro. "il vissuto altrui emerge improvvisamente avanti a me" (*so che il mio amico ha perduto un fratello*); in un secondo momento "Tale vissuto viene attualizzato e sono coinvolto nello stato d'animo dell'altro" (*esperisco il dolore vissuto dall'amico*). Il terzo grado comporta che "Il vissuto esplicitato venga oggettivato ossia ritorni avanti a me come Oggetto correlativo alla coscienza."

È nel secondo momento – osserva Stein - che l'empatia raggiunge la sua pienezza: «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».

Queste osservazioni di E. Stein risultano assai attuali, e sono la *base fenomenologica* degli studi neurofisiologici sui *mirror neurons* del gruppo dell'Università di Parma, tra cui Rizzolatti, Gallese, etc. dei primi anni 2000.

H. Kohut [32] nel 1977 propone una radicale revisione teorico- tecnica della psicoanalisi: a partire dalla riconfigurazione dell'empatia come "processo", dal momento che richiede per la sua attivazione una complessa capacità percettiva, introspettiva e comunicativa.

Il percorso analitico è riconcettualizzato 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. Per Kohut "...l'analista ascolta il paziente e le proprie esperienze personali analoghe, o se non le trova nel repertorio dei propri ricordi cerca d'immaginarle. A partire dall'esperienza emotiva che ricrea attivamente in se stesso, elabora una risposta per il paziente. ...un percorso per prova e per errore, che viene proseguito fino ...alla cosiddetta risonanza empatica e il paziente sente ed esprime il fatto che l'analista sta parlando la stessa sua lingua...".

M. J. Gehrie [26] nel 2011 su JAPA suggerisce un ulteriore passo avanti rispetto a Kohut proponendo lo sviluppo di nuove *capacità* del terapeuta in psicoanalisi, reinventa come un percorso che dal narcisismo arcaico porti all'empatia per il sé.

Rovera (1982) [44] sviluppa i concetti di Adler verso la *relazione incoraggiante* come nucleo del cambiamento: è una relazione che permette sicurezza mentre promuove intimità, basata su un atteggiamento di accettazione empatica verso il paziente e di fiducia nelle capacità di cambiamento dell'individuo. Nella comprensione empatica in sintesi [16] si condenserebbe un risultato finale di un ampio processo di conoscenza consentito da fattori diversi cognitivi ed emotivi, ma soprattutto dall'abilità emotiva del terapeuta di tollerare uno stato di "non conoscenza e di incapacità".

II. Recenti sviluppi neurofisiologici e clinici

A) Comprendere l'altro senza mediazione cognitiva

Importanti nuovi dati sul ruolo dell'empatia nelle relazioni umane vengono da uno degli eventi più significativi delle neuroscienze degli ultimi anni ottenuto dal gruppo di Rizzolatti [43] Gallese, et al. neurofisiologi dell'Università di Parma, e sul piano clinico dal gruppo di Decety, Moriguchi e coll. [11] dell'Università di Chicago: la

scoperta tramite tecniche *brain imaging* di un meccanismo neuronale che unisce funzionalmente la percezione di un'azione/emozione all'attivazione delle stesse.

L'essenza di questa dinamica "specchio" è quello per il quale quando gli individui osservano qualcun altro mentre compie un'azione, oppure prova un'emozione, il pattern neuronale *mirror neurons* che è impegnato nell'esecuzione di quell'azione/emozione, si attiva anche nel sistema motorio ed emotivo dell'osservatore. Anche se all'oscuro dell'obbiettivo di quei fenomeni, l'individuo è comunque in grado di comprendere che cosa stia facendo l'altro individuo senza l'aiuto di qualsiasi forma di mediazione cognitiva.

L'articolo *Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations*, di Gallese, M. N. Eagle e P. Migone (2007) [25] edito su *Journal of the American Psychoanalytic Association*, è uno studio fondamentale sulle conseguenze delle scoperte *mirror neurons* a livello di teoria della tecnica del processo psicoterapeutico e analitico. C'è una imitazione implicita inconscia reciproca tra terapeuta e paziente che è responsabile del processo di cambiamento, più consistente rispetto agli interventi verbali.

La relazione terapeutica è caratterizzata da continue e reciproche simulazioni tra paziente e terapeuta, è probabile che la simulazione da parte del paziente dell'espressione modificata dal terapeuta dell'esperienza del paziente svolga funzioni terapeutiche regolatrici. La *embodied simulation* supporta e fornisce un possibile substrato neuronale per i gli attuali assunti analitici riguardanti l'uso del controtransfert nel contesto analitico e alla concettualizzazione della interazione transferale.

B) *La regolazione degli affetti*

Una seconda fondamentale messe di dati a supporto delle basi implicite dell'empatia è quella fornita da A. N. Schore, del Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, University of California. Schore adottando la prospettiva neurobiologica interpersonale della *teoria della regolazione degli affetti* (2014, 2022) [50; 51] discute come recenti studi sul cervello destro, che è dominante per la processazione implicita, non verbale, intuitiva ed olistica dell'informazione emozionale e delle interazioni sociali, possano chiarire i meccanismi neurobiologici che sottendono ai fondamenti relazionali della psicoterapia.

Schore presenta evidenze interdisciplinari a sostegno delle funzioni del cervello destro nei primi processi di attaccamento, nella comunicazione emotiva all'interno della relazione terapeutica, nei reciproci *enactment* terapeutici e nei processi terapeutici di cambiamento. Le rappresentazioni interne delle esperienze di attaccamento sono impresse nella memoria procedurale implicita lateralizzata a destra come *un modello operativo interno* che codifica strategie non coscienti di regolazione degli affetti.

Numerosi studi documentano che la processazione inconscia dell'informazione emotiva è compresa sostanzialmente in una via sottocorticale dell'emisfero destro, che le memorie emotive inconscie sono conservate nell'emisfero destro, e che tale emisfero è cruciale nel mantenimento di un senso di sé coerente, continuo ed unificato.

Secondo la teoria della regolazione degli affetti, le competenze cliniche di base di qualsiasi psicoterapia efficace sono le capacità implicite dell'emisfero destro, di esprimere tramite e processi dell'empatia le comunicazioni non verbali, la capacità di registrare in maniera sensibile cambiamenti molto lievi nell'espressione e nell'emotività dell'altro, un'immediata consapevolezza della propria esperienza soggettiva e intersoggettiva, e la regolazione dell'affetti propri e del paziente. Tutte le tecniche si collocano sopra a questo substrato relazionale. La rivalutazione dei modelli operativi interni non consci è, secondo Schore, un obiettivo primario in ogni psicoterapia.

C) *Empatia diversa da compassione*

Il complesso fenomeno dell'empatia è di frequente ritenuto quasi sinonimo di compassione. Sebbene molti studi presentino un'immagine più cognitiva, l'etimologia della parola indica un fenomeno che va al di là della percezione cognitiva dello stato emotivo interno dell'altro: empatia e il suo quasi sinonimo compassione implica anche che si sta condividendo l'altrui sofferenza: e, anche se questo è molto controverso, è sostenibile che il termine empatia nel suo senso affettivo di fondo contiene anche una certa motivazione ad alleviare l'altrui sofferenza [56]. Nonostante i concetti di empatia e la compassione esistano da molti secoli, il loro studio scientifico è relativamente recente.

L'interesse filosofico per l'empatia e il ruolo fondamentale che la compassione gioca nelle religioni e etiche secolari, ma solo alla fine del 20 secolo i ricercatori del sociale e della psicologia hanno iniziato a studiare questi fenomeni scientificamente. L'empatia si riferisce alla nostra capacità generale di risuonare con le emozioni degli altri indipendentemente dalla loro valenza - positiva o negativa.

L'angoscia empatica consiste in una forte avversione e risposta auto-orientata nei confronti della sofferenza degli altri, accompagnata dal desiderio di ritirarsi per proteggersi da eccessivi sentimenti negativi. La compassione, invece, è concepita come un sentimento di preoccupazione per la sofferenza di un'altra persona che è accompagnato dalla motivazione ad aiutare.

D) *Reti neuronali coinvolti nell'apprendimento della compassione*

T. Singer e O. M. Klimecki (2014) [53] del Max Planck Institute for Human Cognitive and Brain Sciences, di Lipsia, nell'articolo *Empathy and Compassion* con indagini *brain imaging* portano un contributo decisivo al cuore del problema, persino per quanto riguarda i percorsi formativi alla compassione, differenziata dalla empatia, appunto, anche sul piano neurobiologico.

I risultati di questa ricerca sottolineano l'importante differenza sia psicologica che neuronale tra empatia e compassione. L'esposizione alla sofferenza degli altri può portare a due differenti tipi di reazioni emotive. Da un lato la cosiddetta angoscia empatica che si associa a sentimenti auto-centrati e negativi, disinvestimento e ritiro.

Se protratta nel tempo, l'angoscia empatica può essere considerata un predittore negativo nelle cure. Dall'altro lato, le risposte e l'atteggiamento compassionevole si basano su sentimenti positivi e etero-orientati e predispongono ad un atteggiamento motivazionale e prosociale.

Il training alla compassione, secondo Singer e coll., non è solo in grado di favorire un atteggiamento prosociale ma è anche in grado di sviluppare sentimenti positivi e atteggiamenti resilienti che a loro volta sostengono quelle strategie di coping necessarie in determinate situazioni stressanti.

In un successivo studio *On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind* [42] del 2018, il gruppo coordinato da T. Singer ha discusso come il cervello sociale sia supportato da diverse funzioni e sottostanti reti neuronali e come sia importante differenziare tra percorsi socio-affettivi e percorsi socio-cognitivi.

La Condivisione di stati affettivi con un'altra persona (*empatia*), la preoccupazione per un altro (*compassione*) e il ragionamento sullo stato della mente di un'altra persona (*teoria della mente*) sono separabili a livello concettuale e *comportamentale*; i soggetti con forte empatia non sono necessariamente mentalizzatori esperti e ciascun aspetto può essere selettivamente alterato come autismo o psicopatia.

Inoltre, una originale risposta empatica alla sofferenza degli altri può portare a una risposta di disadattamento.

L'angoscia empatica può essere corretta imparando come trasformare l'empatia in compassione. La compassione risulta una strategia di regolazione emotiva che attenua l'effetto negativo attraverso la generazione attiva di effetti positivi che si basano sulla gratificazione conseguente all'attivazione di circuiti cerebrali correlati all'*affiliazione*. Nonostante siano separabili queste capacità sociali sono attivate congiuntamente per interagire in situazioni sociali complesse.

Lo studio neuropsicologico della compassione sta fiorendo: tuttavia i presunti marcatori neurofisiologici dei programmi che allenano attivamente la tolleranza al disagio, come il Compassionate Mind Training (CMT), sono meno noti. J. J. Kim e coll. della University of Queensland, Australia & Center for Compassion and Altruism Research and Education della Stanford University [31], forniscono un approccio integrativo e multi-metodo per studiare la CMT a livello neurale, fisiologico, self-report e comportamentale.

In particolare viene valutato per la prima volta il tipo di risposte neurali dei soggetti volontari partecipanti allo studio quando si confrontano con delusioni (es. rifiuto, fallimento) utilizzando due fondamentali stili di autoregolamentazione, l'autocritica e l'autorassicurazione.

Gli Autori hanno identificato come le reti neurali associate ai vissuti di minaccia siano ridotte quando si pratica la compassione e invece intensificate quando l'individuo è autocritico. Criticamente, coltivare la compassione ha consentito di spostare un sottogruppo di partecipanti clinicamente a rischio in un gruppo con una più favorevole risposta parasimpatica.

III. *La compassione: riferimenti a Personalità, Carattere, Sentimento Sociale, Cooperatività*

Una ormai vasta mole di studi e ricerche invitano a considerare la Personalità dei soggetti come riferimento fondamentale per le cure (cfr. Mezzich et al. 2016 [35]; Galbusera et al. 2022 [23]; etc.). Davidson & Tondorai (2022), su *World Psychiatry (WP)* la rivista scientifica più autorevole del settore, rinnovano l'invito recente dell'OMS a pianificare cure e prevenzione per la salute mentale sulla persona/personalità del soggetto.

Revisioni recenti hanno evidenziato che le cure psichiatriche *incentrate sulla persona*, comportano vantaggi in efficacia e costi rispetto alle cure abituali, con maggior adesione alle terapie, con conseguente maggior soddisfazione degli operatori del servizio e qualità della vita, con riduzione del pronto soccorso, di ricoveri e trattamenti obbligatori (Davidson & Tondora, 2022).

La personalità rappresenta l'individuo come insieme di modi costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi (cfr. DSM V).

È in questa accezione che Adler fin dal 1913 descrisse la personalità come Stile di Vita di ogni individuo: idee, sentimenti, comportamenti, valori guida che orientano i rapporti con gli altri, come piano esistenziale dell'individuo, orientato dalla Linea Direttrice di Movimento.

Negli anni ottanta Shulman, Mosak e altri autori adleriani hanno riformulato nel *Sè-Stile di Vita*, le accezioni originarie riguardanti l'insieme delle funzioni e *finzioni* psichiche, relazionali e comportamentali dell'individuo.

A) *Il modello psicobiologico della personalità*

Negli anni novanta furono impiegate un gruppo di ricercatori - guidati da R. Cloninger, Sansone Family Center for Well-Being, Washington University School of Medicine di St Louis USA (1993) - elaborò un modello psicobiologico della personalità, risultante da temperamento e carattere. Per la concettualizzazione del Carattere ricorsero ad alle ipotesi dell'Individual psicologia (IP) sullo Stile di Vita.

Il gruppo di studio sulla personalità del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino ha partecipato dal 2003 all'elaborazione di un protocollo clinico e di ricerca di tale modello psicobiologico (cfr. Svrakic, Cloninger, Stanic & Fassino *Classification of Personality Disorders: Implications for Treatment and Research* in (Soares and Gershon eds Handbook of Medical Psychiatry, Marcel Dekker, Inc. NY, 2003).

I tratti del Temperamento - *ricerca della novità, evitamento del danno, dipendenza dal riconoscimento, persistenza* - biologicamente determinati e in parte geneticamente trasmessi, funzionano sulla base della memoria procedurale. Interagiscono con le funzioni cognitive e le spinte motivazionali per produrre le risposte automatiche agli stimoli ambientali. I tratti del Carattere - *autodirettività, cooperatività, autotrascendenza* - sono basati sulle differenze negli autoconcetti verso se stessi, gli altri, il mondo, i quali si sviluppano e funzionano grazie alla memoria dichiarativa e producono le risposte cognitive agli stimoli ambientali.

Il *The Temperament and Character Inventory*, (TCI) è lo strumento diagnostico/progettuale clinico, fondato sul modello di Cloninger et al 1993 [9] che ha consentito importanti risultati nelle ricerche sulla personalità per la pianificazione e valutazione degli interventi terapeutici. Tra il 1993 e il 2022 sono stati effettuati in tutto il mondo più di 4000 ricerche e studi peer-reviewed con il TCI.

B) *Attinenze con la Individual Psicologia*

Le influenze della Psicologia Individuale sul modello psicobiologico di St. Louis sono evidenti specialmente nella definizione del Carattere (cfr. Fassino et al., 2004) [16]. Cloninger et al. (1993) [9] hanno ripreso da Adler i concetti base della Cooperatività specie per la sottodimensione della compassione “...*La compassione coinvolge la disponibilità a perdonare e ad essere gentile con altri indipendentemente dal loro comportamento, piuttosto che cercare vendetta o gioire per il loro imbarazzo o sofferenza, comporta sentimenti di fraternità l'amore e l'assenza di ostilità* (p. 981).

Gli individui non cooperativi sono descritti come socialmente intolleranti, disinteressati nei confronti delle altre persone, non servizievoli e vendicativi: vedono gli altri ed il mondo come ostili ed estranei.

Ne *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale Adler 1927* [2], nel capitolo “Dottrina del Carattere” scrive a p. 210 «La compassione è la più pura espressione del sentimento sociale, la migliore garanzia e il segno più genuino dell'esistenza di una propensione alla solidarietà umana. Con questo stato emotivo l'uomo dimostra infatti la sua capacità di immedesimarsi nelle situazioni dei propri simili».

L'Autore prosegue avvertendo sui pericoli di un uso *finzionale* e degenerare di questo sentimento ... Il modello di Cloninger e coll., in riferimento alla IP, come s'è detto, considera la compassione - in contrapposizione alla tendenza alla vendetta - come sottodimensione della cooperatività, la seconda dimensione del Carattere.

La compassione e la capacità di aiutare gli altri sono spesso evidenziati come segni di maturità nella psicologia dello sviluppo. Soggetti che risultino avere alti punteggi nella sottoscala/sottodimensione della compassione sono descritti appunto come compassionevoli, elementari, caritatevoli e benevolenti, non cercano la vendetta, ma di portare comunque avanti la relazione in maniera costruttiva.

C) *Sviluppo della compassione*

R. Cloninger insieme ad un gruppo di ricercatori delle Università Finlandesi di Oulu e di Helsinki e Università USA della California e di St. Louis guidati da M. Hintsanen [30] hanno pubblicato nel 2019 uno studio longitudinale prospettico, l'unico di cui si abbia notizia, su larga scala che indaga se le qualità della relazione genitore-figlio, vale a dire il calore emotivo e l'accettazione, predicono propensione alla compassione nella prole trent'anni dopo, in età adulta. Il campione di 2.761 partecipanti è stato descritto nel 1980 ad un'età compresa tra 3 e 18 anni; successivamente la Compassione è stata auto-valutata 3 volte, nel 1997, 2001 e 2012, tramite il TCI.

In media, la compassione è aumentata in un modello curvilineo con l'età. Accettazione superiore e maggiore calore emotivo erano correlati in modo significativo alla maggiore compassione nell'età adulta. Dopo correzione per i problemi dell'infanzia (ad es. genere, coorte di nascita, comportamento esternalizzante, stato socioeconomico e salute mentale dei genitori), è rimasto solo il calore emotivo del genitore come significativo predittore di compassione nel figlio adulto. Gli Autori ritengono che la qualità della relazione genitore-figlio abbia effetti a lungo termine sulla *capacità di provare compassione* dei figli. Una relazione genitori-figli emotivamente calda e intima migliora la compassione nei figli divenuti adulti.

La *compassione* sottodimensione della cooperatività, seconda componente del carattere è stata considerato un fattore di sviluppo, in bambini e giovani adulti, della condizione socio-economico-culturale (SES) della famiglia di appartenenza e viceversa. Saarinen Ai. [48] e coll. della University of Oulu, Finland 2021 hanno osservato 3596 giovani finlandesi per indagare se, in un'oltre trent'anni di vita, il SES della famiglia infantile predice la compassione dei figli tra i 20 ei 50 anni e se il SES dell'età adulta predice compassione o viceversa. La Compassione per gli altri è stato valutato con la scala Compassion del Temperament and Character Inventory di Cloninger et al. (1993).

I risultati hanno mostrato che un'elevata SES familiare di infanzia prevedeva un aumento della compassione nei figli tra i 30 ei 40 anni ma non nella prima età adulta o nella mezza età. Questi i risultati sono stati ottenuti indipendentemente da fattori confondenti come comportamento dirompente durante l'infanzia, disturbo mentale dei genitori, consumo di alcol da parte dei genitori, etc. Inoltre, un'elevata compassione per gli altri in età adulta prediceva una SES maggiore età adulta più tardi nella loro vita (dopo un follow-up di 10 anni), ma non viceversa.

In conclusione, un favorevole ambiente socioeconomico nell'infanzia sembra avere un effetto positivo sulla compassione nei figli nella loro mezza età adulta. Questo effetto può attenuarsi con la mezza età. Alta compassione per altri sembra favorire il raggiungimento di un SES più elevato in età adulta.

Un'elevata compassione predice quindi una condizione socio-economica più elevato in età adulta: questo effetto può essere spiegato dalla componente motivazionale della compassione che porta a una maggiore disponibilità a comportamenti prosociali che, a sua volta, è correlata a una maggiore connessione sociale. Secondo i ricercatori inoltre provare compassione è legato ad azioni più frequenti per promuovere obiettivi comuni nelle comunità sociali di appartenenza.

Questi benefici sociali della compassione possono a loro volta promuovere compassione e lo status più elevato degli individui negli ambienti occupazionali. Inoltre, la compassione può proteggere da stress da lavoro e burnout, essendo correlata a una migliore gestione dello stress e comportamenti di salute più favorevoli.

Ricercatori del gruppo di M. Akase del Department of Neuropsychiatry dell'Università giapponese di Oita [5] osservando un gruppo di volontari apparentemente sani dopo 8 settimane di trattamento con MBI (mindfulness-based intervention) hanno rilevato un significativo aumento dell'auto-compassione in quei soggetti che presentavano all'inizio del trattamento più favorevoli punteggi al PIL (Purpose in Life test) - un test che valuta gli scopi che un soggetto si propone nella vita- e più bassa ricerca della novità al TCI. Secondo gli autori l'autocompassione e PIL potrebbero forse sovrapporsi concettualmente.

*

Recenti meta-analisi su larga scala (Konrath et.al. 2011; Twenge & Foster, 2010) documentano dal 1980 al 2010 un aumento dei tratti narcisistici dagli anni e un calo della preoccupazione per gli altri: fenomeni che minano i fondamenti della società civile.

Negli ultimi anni, l'attitudine alla self-compassion (SC) è stata correlata ad aumentato benessere e diminuzione dei livelli di psicopatologia (cfr. meta-analisi come Marsh IC, et al.. *Self-compassion and Psychological Distress in Adolescents-a Meta-analysis*. Mindfulness 2018; oppure Zhou T, et al. *Maternal Anxiety Symptoms and Chinese Adolescents' Mental Health During the COVID-19 Pandemic: The Protective Role of Adolescents' Self-Compassion*. Front. Psychiatry, 2022).

Un anno fa l'autorevole *World Psychiatry* 59 (2022) ha pubblicato *The role of self-compassion in psychotherapy* di Neff & Germer [11]. Per la prima volta WP accoglie una revisione dei benefici dell'auto-compassione e di come gli psichiatri e psicoterapeuti possono integrarla nel trattamento. Una rapida consultazione della banca dati biomedica Pub Med evidenzia uno straordinario crescente interesse per il tema *self-*

compassion: tramite le parole chiave *self compassion & psychotherapy* risultano indicizzati dal 1978 al 31.12.2022 complessivamente 814 ricerche; nel decennio 2012-2022 sono cresciute di quasi 7 volte: da 23 a 153. Le ricerche con la parola chiave *empathy & psychotherapy* da 107 a 161 con un massimo di 150 nell'anno 2020; le ricerche con *self compassion & empathy* da 38 a 207.

IV. Revisioni dei modelli di cura: dall'empatia alla compassione

Già nel 2006 in *La famiglia è malata?* (Fassino S. & N. Delsedime, CSE Torino, 2007), atti del Convegno pluridisciplinare promosso dal Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino, la rappresentazione della famiglia contemporanea presentava un deficit strutturale di capacità riflessiva, quella che guarda al bene della relazione di coppia come un bene in sé da cui dipendono i beni relazionali della intera famiglia (la fiducia reciproca, il senso della comprensione profonda dell'altro, il donarsi reciproco, l'essere felici quando gli altri sono felici, sentirsi in debito piuttosto che sempre in credito con gli altri).

L'aumento delle coppie 'liquide', più instabili e frammentate, pone serie ipoteche sullo sviluppo verso l'identità personale delle nuove generazioni. Nella famiglia odierna spesso i genitori sembrano impegnati più per i propri bisogni che per quelli emotivi dei figli. Assenti, permissivi, ma esigenti, che viziano e non amano, oppure presenti, ma distratti indifferenti, che usano il figlio per i propri bisogni, questi genitori sono specchi vuoti, oppure deformanti e inducono "genitori interni" disarmonici e confusivi disturbanti i processi maturativi dell'identità del Sé del figlio.

Il *Rapporto CISF 2020 sulla famiglia in Italia* [7] evidenzia come nella attuale società post-familiare le famiglie si frammentino, scomponendosi e ricomponendosi mostrando un individuo teso a sperimentare, anche grazie ai nuovi devices comunicativi sempre nuove relazioni. Sarebbe in atto un *family warming* surriscaldamento delle relazioni familiari, con l'evaporazione della famiglia verso un mondo post-umano.

La crisi della famiglia e la continua crescita delle psicopatologie nei figli sollecita urgenti revisioni dei modelli di cura come pure dei percorsi formativi per genitori (!) educatori (!) e operatori sanitari.

L'accesso ai trattamenti di salute mentale è migliorato negli ultimi due decenni, eppure i tassi di problemi di salute mentale nella popolazione sono in aumento (TA. Furukawa, R.C. Kessler 2019). Che senso ha questo apparente paradosso? Un'ipotesi fortemente supportata è che gran parte dei trattamenti forniti non soddisfino gli standard minimi delle linee guida di pratica clinica (Jorm AF, SB. Patten et al. WP, 2017).

La crescita dell'autocritica tra le persone e nelle famiglie è associata all'aumento dei disturbi depressivi, disturbi d'ansia sociale, disturbi di personalità, disturbi alimentari,

sintomi psicotici, autolesionismo e al rischio di suicidio (cfr. la review di Werner & Tibubos, 2019).

A) *Funzione materna compassionevole...*

La International Association of Individual Psychology (IAIP), al Congresso di Oxford “*Tradition and Change*”, nel 1996, promuoveva una rivisitazione dei paradigmi della IP alla luce di ipotesi delle neuroscienze già allora promettenti. A proposito di nuovi percorsi terapeutici formativi, Schmidt R. [49] osservava come “*anche Adler ad un certo punto...specie nella cura di nevrosi gravi, abbia dovuto considerare (ed evitare?) il suo personale inferno della nevrosi, così anche noi con i pazienti più gravi, non solo siamo confrontati con il loro inferno, ma anche con l’inferno nostro della nevrosi dentro noi stessi ... per considerare con quale profondità dell’inconscio abbiamo a che fare ... e chiederci se siamo in grado di sopportare tutto questo... occorre imparare a maneggiare tutto ciò...i problemi sono a maggior profondità di quanto Dreikurs abbia supposto...(p. 19)*”.

Già secondo Adler [3b] (1936) il trattamento trasforma al contempo il paziente e il terapeuta: a questi è assegnata la funzione empatica di *tardiva assunzione della funzione materna*. Questi assunti hanno anticipato di molti anni quelli di *holding* e di *handling* di Winnicott. È mutato il *concetto di cambiamento come processo e fine della psicoterapia*: oggi, come documenta Schore [50] (2022) si valorizza soprattutto la autentica partecipazione emotiva del terapeuta (cervello destro) rispetto alla sua competenza argomentativa, interpretativa e dialogica (cervello sinistro) [51].

La *tardiva assunzione della funzione materna* [3b] come metodo clinico deve *considerare la madre compassionevole* oltre che la madre empatica.... dall’empatia alla compassione! Mentre l’empatia nasce come percezione implicita delle emozioni degli altri, la compassione si distingue dall’empatia perché comprende il desiderio, anche ma non solo esplicito, di alleviare le sofferenze altrui.

Quantunque non siano ancora tuttavia univoche le accezioni di compassione (cfr. la *systematic Review* di Conversano et al. 2020 [10]) la compassione viene dai ricercatori clinici intesa come *risposta* empatica alla sofferenza, processo razionale che persegue il benessere del paziente, attraverso azioni specifiche ed etiche volte a trovare una soluzione alla sua sofferenza.

B) *Self-compassion: diversa dall’empatia, implementabile, contagiosa, correla con la psicopatologia, ha effetti collaterali, contrasta la vergogna, previene il burn-out*

La self-compassion è appresa dal soggetto se ha vissuto con qualcuno, a partire dai genitori [30, 48], che ha provato questo atteggiamento etero e auto diretto: differisce dall’autoindulgenza e si riferisce all’essere di supporto verso se stessi quando si sperimenta sofferenza o dolore, sia esso causato da errori personali e inadeguatezze sfide della vita esterna. (cfr. Tab 1) [37b].

Promettenti studi brain imaging indicano che l'acquisizione di tale atteggiamento avviene sia per via implicita che esplicita [42, 31].

È stata evidenziata (cfr. meta-analisi di MacBeth A, Gumley A 2012) [34] una stretta associazione tra psicopatologia e self-compassion (SC), risultando quest'ultima un'importante variabile che regola e spiega la salute mentale e la resilienza. La SC è un efficace antidoto all'avanzare della psicopatologia, che anche nei casi *ricchi* non si arresta nonostante un più diffuso ricorso a cure *evidence based* (Heidweiller & Klaassen 2021).

Studi con soggetti non clinici (cfr. K. Miller & A. Kelley 2020) confermano l'ipotesi che anche la self compassion come l'empatia, [36] è *contagiosa*: per via implicita, non verbale, si trasmette a livello interpersonale come l'empatia, anche con modalità non consapevoli, e quindi fa parte *di per sé* delle dinamiche di transfert, contro-transfert, più in generale del matching atteggiamento/controatteggiamento del *buon terapeuta* [46].

Kramer et al. dell'Università di Losanna (2018) hanno osservato che pazienti con Disturbo Narcisistico di Personalità quando, verso la 35a seduta ad alleanza consolidata, erano impiegati interventi di *process-guidance* e il terapeuta era *costruttivo*, privilegiando, interventi direttivi sul processo della relazione terapeutica, i pazienti migliorano avendo avuto più accesso alla SC: un modo spesso efficace per considerare, affrontare e attenuare i vissuti di vergogna, nuclei profondi della patologia narcisistica.

La SC può essere implementata significativamente nella psicoterapia psicodinamica tramite *interventi direttivi*, *piuttosto che col* consueto impiego di interventi esplorativi oppure dei cosiddetti *common factors* (es. validazione e ascolto empatico, calore relazionale, etc): è il risultato di una ricerca L. Galili-Weinstock e coll, della Bar-Ilan University, Israel (2020) [24]. *Interventi direttivi* sono quelli di supporto, rivolti a suscitare una forte alleanza, proattivi ad affrontare l'odio di sé, usando immagini di dialoghi compassionevoli, modelli di dialogo caloroso e solidale che potrebbero essere interiorizzati così come la attenzione continua agli sforzi dei pazienti.

Quando le persone danno compassione a se stesse o ricevono compassione dagli altri possono sviluppare sintomi di angoscia anche maggiore che può produrre *backdraft*, reazioni negative, regressive [37] con effetti paradossi di disperazione e vergogna.

Questo processo non è privo quindi di effetti collaterali e il terapeuta deve saper riconoscere la psicopatologia e quei tratti della personalità del paziente, adattativi e quindi al momento non ancora sostituibili. Sono state rilevate anche barriere o difese nei confronti dello sviluppo di self-compassion. Due di queste (*Meeting Standards e Emotional Vulnerability*) sembrano specialmente interferire con i trattamenti residenziali degli disturbi del comportamento alimentare (Geller et al., 2022) [27].

Infatti coltivare l'auto-compassione porterebbe a mostrare e queste pazienti i loro difetti nell'incontro con gli altri e provare emozioni difficili come dolore, rabbia e/o dolore. Gli autori di questo studio evidenziano una speciale efficacia di pre-trattamenti mirati *alle barriere* verso la self-compassion nelle cure residenziali dei disturbi alimentari.

Risulta quindi necessario al clinico uno stile terapeutico [46] che comprenda oltre a consapevolezza delle dinamiche degli atteggiamenti una consolidata attitudine alla comunicazione profonda implicita, che consenta di rispettare le resistenze anche inconscie dei pazienti e saper attendere il momento in cui questi sono pronti per sperimentare questa nuova accogliente emozione, la SC, verso se stessi...

Il management della SC richiede infatti una disponibilità all'incontro profondo, competenza su enactments e disclosures: non sono quindi sufficienti, pur se utili, protocolli di addestramento cognitivo alla compassione... Una meta-analisi su 58 studi e ricerche (Zhang et al. 2018) [57] fa il punto sulla concomitante presenza nei comportamenti compassionevoli negli operatori sanitari, di aspetti faticosi (*compassion fatigue*) e di aspetti gratificanti (*compassion satisfaction*).

La fatica della compassione risulta fortemente associata con il burnout, mentre la soddisfazione della compassione ha un rapporto protettivo verso il burnout. Anche il recente studio di Cito, Bovero et al. 2022 evidenzia la fatica della compassione (*stare con qualcuno in sintonia emotiva*) negli operatori sanitari nelle cure palliative e la difficoltà alle *attivazioni creative* negli atteggiamenti empatici...

Tuttavia recenti acquisizioni empiriche, infine, individuano la SC come indicatore della salute psichica delle persone e soprattutto della capacità/efficacia professionale di psichiatri e psicoterapeuti nei quali è efficace a prevenire demoralizzazione e burnout e accrescere la soddisfazione professionale (cfr. Neff & Germer 2022) [37a, 37b].

V. Per una psicodinamica della (auto)compassione...

Come si è detto, le ricerche *brain imaging* di T. Singer e coll. [53] hanno individuato circuiti neuronali e funzionali substrati specifici della *self-compassion* peculiari e diversi rispetto a quelli dell'empatia e della *teoria della mente*, sottolineandone le funzioni espresse da *atteggiamenti* motivazionali e prosociali, attivanti a loro volta i circuiti cerebrali correlati all'*affiliazione*: qui ci sono attinenze fondamentali con i processi dell'attaccamento e dell'accudimento...

Mentre la vasta letteratura cognitivista, di terza generazione [37b], sembra riferirsi ad una concezione della SC prettamente cognitiva, conscia, esplicita e volontaria, gli studi neuropsicoanalitici (cfr. Gallese et al.; Stern et al.) sui processi impliciti della comunicazione non verbale e sulla regolazione neuropsicologica degli affetti (cfr.

Schore) sono suggestivi per una interazione continua tra meccanismi impliciti e quelli espliciti, memoria procedurale e memoria dichiarativa.

Appare quindi utile approfondire una psicodinamica – fattori promuoventi, effetti virtuosi, resistenze, finzioni, effetti collaterali, etc. - degli atteggiamenti [46, 17] compassionevoli nei diversi setting di cura psicologica al fine di prevenire lo squilibrio tra fatica e gratificazione nella relazione psicoterapeutica e di comprendere le dinamiche tra resistenza e incoraggiamento.

“L’*Atteggiamento* [46, 17] è una risultante operativa di sentimenti, pensieri, azioni, comportamenti, sia del terapeuta sia del paziente, frutto dell’elaborazione interna del transfert/controllotransfert del paziente, nonché del transfert e del controllotransfert dell’analista: esso viene talora esplicitato con la trasmissione verbale e non verbale del proprio stato emotivo.

Un’implicita partecipazione affettiva virtuosa piuttosto che schermo vuoto... Anche *le virtù psicodinamiche del terapeuta* [6], e tra queste anche la SC, agiscono per via implicita? La ferita del guaritore-terapeuta (cfr. Guggenbuhl-Graig, 1983, in *Al di sopra del malato e della malattia*) come premessa-condizione della propensione compassionevole dell’agire terapeutico richiede al terapeuta stesso una consolidata attitudine alla self-compassion... Il cambiamento, non tanto interpretazioni smascheranti *le finzioni inconsce*, ma *il vissuto di sentirsi sentito* e trattato come persona meritevole, si nutre di queste interazioni tra auto-compassione e etero-compassione. *Conoscenza implicita* e sistema delle finzioni specie nel terapeuta rappresentano un crogiuolo di imitazione empatiche, appartenenza e cooperazione, auto, etero-compassione.

Le neuroscienze confermano che il nostro cervello tramite *mirror neurons* crea modelli *impliciti automatici* del comportamento altrui allo stesso modo in cui crea modelli del nostro comportamento negli altri [50]. L’esempio, come pure la testimonianza (procedurale), è più incisivo della parola (dichiarativa): *essere* è più contagioso (cioè trasformativo per il paziente) *che dire, fare* [18].

Nelle relazioni affettivo-emotive nel setting come pure quelle intrafamigliari la comunicazione *non verbale implicita* risulta troppo spesso disconfermante quella *verbale esplicita* [18]. La maggior profondità cui alludeva R. Schmidt nel 1996 è forse *là davanti*, dove la neurofisiologia indica: oltre l’empatia, oltre l’angoscia empatica, c’è la compassione, la self-compassion... Questa è pure *là indietro* in antico e profondo...

*

L’attinenza con l’ambito *mindfulness* sembra collegare la compassione alla cultura buddista (V sec a. C.), ma le radici ebraico-cristiane di *questa competenza affettiva-creativa* sono più profonde: queste risalgono almeno al VIII sec. a. C con il profeta biblico Isaia (49,8-15) che si rivolge al *Dio Compassionevole* di Israele, un Dio Padre che ama, punisce, ma sempre perdona e soccorre il suo popolo eletto...

I percorsi della compassione, self compassion e quella del perdono sembrano strettamente interconnessi a livelli antropologico-culturali oltre che filosofico-psicologici [13, 28, 41].

A) *Precursori ed effetti della self-compassion: incontro, alleanza col deficit, perdono*
Molti pazienti quando nel setting terapeutico, grazie alla nuova alleanza con l'analista, rivivono i ricordi di antiche dolorose relazioni, rischiano lo scoraggiamento prodotto da quelle prime relazioni distratte, ostili, abbandoniche, intrise di colpa e vergogna, indegnità e rabbia... come si osserva nelle depressioni borderline e narcisistiche.

In questo atto di accompagnamento e di fiducia del terapeuta a ripercorrere le esperienze, spesso le più dolorose, del paziente, osserva Ferrero (2000) [19]. sta una delle funzioni analitiche dell'incoraggiamento verso il mondo intrapsichico del soggetto.

Queste emozioni hanno distorto l'immagine intima di sé, rendendola troppo inferiore, inaccettabile sfiduciata, bisognosa di immediata e onnipotente rivalsa.... Al proposito sono pertinenti più che mai le riflessioni di U. Seidel (1985) [55 p. 95]. “Solo se il paziente non viene punito, non si sentirà punito, per aver sviluppato quelle mete compensatorie errate, solo se gli viene fornito implicitamente un modello di accoglimento di Sé per *perdonarsi il fatto di essere stato un tempo tanto debole da dover orientare la sua vita verso la perfezione, di essersi sentito talmente escluso da far assurgere il controllo a principio relazionale superiore*, soltanto allora egli potrà rinunciare a quelle mete fittizie che rendono necessaria la sua depressione, come riparazione patologica al vuoto, mancanza, inadeguatezza: *perdonato egli potrà perdonare se stesso.*” (p. 97).

Durante questo processo empatico di accettazione si avvia la ricostituzione di un modello relazionale intrapsichico accettante il deficit [45]. In genere qui non sono utili le interpretazioni sulle mete fittizie compensatorie (“sei depresso perché vuoi essere onnipotente!”): in questa fase nuocciono all'alleanza, riattivano rifiuto e colpa non ancora elaborabili. In questa regressione “a due” insieme al terapeuta c'è l'agente terapeutico.

È una regressione non solo di ricordi, ma un vissuto complessivo regressivo in cui si attua una dipendenza ottimale, ottimale perché è congeniale ad una progressione. Al fondo di questa regressione c'è infatti, si diceva, un groviglio di solitudine, vuoto, abbandono, paura, lutto e rabbia, ma anche la “*segreta forza motrice*” (Seidel, 1985).

Questa esperienza di incontro col deficit in terapia è vissuta dal paziente, che ora è una persona meno fragile: egli “è con”, *insieme* ad una persona significativa il suo terapeuta, appartenitiva, solidale, compassionevole. La registrazione implicita e inconscia di questo sentimento di appartenenza e di cooperazione (*Sentimento Sociale*) libera quella segreta forza attivante riparazioni creative e autorealizzative.

B) *Perdono e compassione come propensione sociale*

La scala di valutazione per le dimensioni del carattere di Cloninger et al. [9] – si diceva sopra – pone compassione e vendetta agli estremi dimensionali opposti (cfr. tab.2 e 3). Perdono e compassione non possono essere vissuti come imperativo morale, ma sorgono esclusivamente da una disponibilità e maturazione psichica, osserva E. Drewerman (1989) [14]. “Quando qualcuno ci ferisce procurando un dolore profondo accade che tutte le sofferenze patite si rapprendano in una rabbia cronica, in una sorta di livore latente in un bisogno di vendetta più o meno inconscio sì che la cattiveria altrui si trasforma nella nostra malvagità.

Chi ha patito il dolore come pure chi ne è stato la causa, può/deve apprendere ad affrancarsi sia dalla sofferenza che dall'amarezza sia dal bisogno di vendicarsi infliggendo all'altro un nuovo dolore... (p. 195)”. Le interazioni tra le emozioni del paziente e quelle del terapeuta sono ulteriormente approfondite da Drewerman: psicoanalista e teologo, osserva come soltanto riconoscendo la radice della nostra pena possiamo trovare la forza per aiutare l'altro a perdonarsi... Il terapeuta nel suo silenzioso dialogo interiore [15] non gli dirà quindi semplicemente “ti perdono...” avrà per lui allora pensieri più profondi: capisco bene come tu possa arrivare a tanto ...non conoscerei me stesso se non sapessi quel che hai vissuto dentro di te”.

Condizione necessaria per il perdono è la consapevolezza che se ci fossimo trovati al posto dell'altro, (nelle sue condizioni esistenziali e di personalità) non ci saremmo comportati diversamente : quanto è capitato all'altro sarebbe potuto capitare anche a noi... “Ci è dato di uscire dalla circolarità della vendetta soltanto quando riconosciamo nel profondo del nostro cuore del nostro sentire l'ineluttabile fratellanza nel dolore” (p.195) [14] .Questa condivisione profonda, appartenenza e cooperazione, allora può attivare la con(m)-passione...e quindi alla *segreta forza motrice* [52].

*

Sarà fertile per avviare nuovi percorsi formativi l'invito di Adler, più attuale che mai, per il quale la compassione è la *più pura espressione del Sentimento Sociale*, e per Cloninger e coll. è la sottodimensione trainante la Cooperatività, il Carattere e quindi la Personalità? Non si tratta solo di integrare la *mindfulness* nella teoria e nella pratica adleriana, come propone Bengu Erguner-Tekinalp dedicandovi un numero speciale del *The Journal of Individual Psychology*, 77, 4, 2021, a partire dagli scritti di J. Carlson (2011) sull'integrazione del buddismo con la terapia adleriana.

I temi emergenti della self-compassion invitano a implementare la formazione dei terapeuti IP con percorsi di analisi *del profondo* che favoriscano oltre la *competenze* su tecniche meditative, l'acquisizione di *capacità*, modi di *essere*, che considerando le difese e barriere alla compassione sviluppino la propensione alla self-compassion, con bilanciamento della *fatigue* e della *satisfaction* per prevenire logoramento e burn-out: *atteggiamenti* [46] favoriti dalla maturazione della Personalità, dello Stile di vita del terapeuta stesso.

*

Il modello teorico-pratico della IP si regge sul Sentimento Sociale, istanza cognitivo-affettiva aggregante il mondo interno e quello relazionale: il Sé-Stile di vita sospinto dal Sé Creativo, si sviluppa *solamente* tramite incoraggiamento e transmotivazione [44, 17]. Per il terapeuta l'identificazione/compressione empatica, si fonda sull'abilità di tollerare, ad accettare uno stato di “non conoscenza e di incapacità, in sostanza di inadeguatezza” in sé oltre che nel paziente [17, 18].

L'atteggiamento incoraggiante di un terapeuta *personalmente coraggioso* con adeguato Sé Creativo sosterrà più o meno esplicitamente la richiesta al/del paziente di impegnarsi a sostituire *le mete fittizie*... e di rinunciare alle barriere-difese nei confronti della self-compassion, tanto quanto può permettersi... Non è questo, allora, l'ambito dei sentimenti/pensieri compassionevoli dove le identificazioni del terapeuta susciteranno per *contagio* atteggiamenti più coraggiosi “solo quanto lui adesso può, sentire, fare, essere” per rimediare alla angoscia, accogliendo con SC, superando perdita, mancanza di coraggio e di speranza...?

È qui l'invito a un nuovo e creativo incontro con il *deficit*, con l'inferiorità [45] come processo attivo, contrassegnato dall'intento di ricevere la comunicazione di un'altra persona, decodificando le sue emozioni e le sue espressioni simboliche più significative [19].

Il terapeuta grazie alla sua formazione permanente (*fare come...*, *come fare* Rovera [45, 47]) *sa come* comprendere ad *essere paziente* verso gli aspetti di sé che detesta, quando è scoraggiato e pessimista sa che tanti altri sono così, è consapevole delle autocritiche e dei momenti di disfattismo e odio verso se stesso, quando si sente sfiduciato e isolato da tutti... si ricorda come fare quando poi ha ritrovato speranza e fiducia, *sa essere e fare come* qualcuno da cui è stato aiutato o non aiutato...

La *capacità* a provare compassione verso di sé – *self-compassion* – consiste in emozioni, affetti, pensieri, utili/fertili per attivare programmi infine progetti riparativi... Il Sé Creativo di un terapeuta coraggioso cerca, produce frammenti per risposte riparative a vissuti di dolore angoscia confusione: incoraggiamento di sé, quindi, come procedura di dialogo interiore appreso a partire dalle relazioni significative della propria vita, dai genitori, dai maestri, dagli amici, dai pazienti anche... Lo stile compassionevole implicito del terapeuta via *embodied simulation* [25] è il principale soccorso per il paziente... L'esempio, la testimonianza (procedurali), sono più incisivi delle parole (dichiarative): *L'essere, il fare compassionevole* del terapeuta contagia – trasforma di per sé il paziente a diventare altrettanto verso sé stesso...

Questi percorsi intrapsichici e relazionali, resi ulteriormente evidenti dalle neuroscienze, sono le basi delle strategie *procedurali di incoraggiamento alla self-compassion*

come aspetti centrali nel processo di cambiamento. Questo è il luogo/tempo dell'*alleanza col deficit come possibile strumento mutativo*, come osserva Rovera, 2016 p. 47) [45] "...nelle regressioni in analisi, emerge un *arcaico bisogno di tenerezza* che richiede una 'capacità di amare'... L'accettazione di questo bisogno del paziente rappresenta anche una facilitazione alla regressione terapeutica; ... i sentimenti positivi del soggetto nei confronti dell'analista non sempre sono di tipo transferale e, non sempre, costituiscono una resistenza. A questi, è necessario tuttavia rispondere a livello di 'incontro degli inconsci', non tanto ... orientandosi sempre verso l'interpretazione, quanto utilizzando una controattitudine consapevole ed autentica, nell'ambito di una strategia dell'incoraggiamento".

C) Circa il deficit, compassione, Sé Creativo

Adler non usò l'espressione Sé creativo, ricorda De Dionigi (2022) [12], ma in uno scritto del 1935 descrisse la funzione creativa del Sé. Arieti (1967), sottolinea ancora De Dionigi, fa emergere l'atto creativo dall'interazione tra i caratteri logici propri del processo secondario e quelli emotivi del processo primario e da ciò avverrebbe appunto una sintesi magica propria di un pensiero che egli definisce processo terziario: non conscio, non inconscio, forse implicito... Per creatività si intende qui non solo quella previsionale o scientifica, o quella metaforica o artistica, ma ogni procedimento del Sé Creativo per cui l'individuo riesce a trascendere l'ordinario schema stimolo-risposta.

Lo stile terapeutico di un clinico *preoccupato* con pazienti gravi è talora soprattutto l'espressione dell'essere, del sentire, e del fare "creativo" del terapeuta, ed è funzione del suo Sé Creativo. Qui si pone l'occasione fruibile dal paziente di cogliere le proprie istanze creative come precursori di auto, etero-compassione... Queste esperienze, esplicite ed implicite, rappresentano, osserva Ferrero (2022) [20], non solo possibili precursori di specifiche modalità relazionali, ma ancor più di specifici moduli di legame interiorizzati, utili per una più accettabile rappresentazione dell'immagine di sé, di possibili conflitti e della loro risoluzione, in definitiva di una ri-organizzazione della personalità... ovvero di una interiorità compassionevole verso di sé e verso gli altri.

Parenti sottolineava nel 1988 come a questo proposito "risulti essenziale un'atmosfera del setting partecipativa, che attui il concetto IP di *coppia terapeutica creativa*" [39], quando l'esperienza creativa esprime un'autoaffermazione utile per "il senso comune". È una nuova sintesi partecipativa e rappresenta il più avanzato tentativo del Sé di coesione armonica: tra Sentimento Sociale ("fare per/con gli altri") e Volontà di Autoaffermazione ("con crescita dell'autostima").

Tuttavia la riparazione attivata nella mente del clinico dal vissuto della compassione e self-compassion è spesso *solo* o *poco più* di un'immagine flebile, un'ipotesi, *fantasia di sollievo* che i circuiti neuronali dell'affiliazione attivano per stimolazione conseguente proveniente dalle reti neuronali dell'angoscia empatica [42]... Come dice Thomas Mann (1912) in *Morte a Venezia* la morte è la nascita dell'immagine...

L'oggetto "creato" più spesso è "piccolo", inerente trasformazioni di abitudini quotidiane relazionali o lavorative o del tempo libero: il piccolo oggetto *l'inutile*, come intende Parenti [39], può avere un valore importante di incoraggiamento e accrescere l'autostima del soggetto attraverso una compensazione positiva e socialmente utile del sentimento, complesso di inferiorità: autostima che può dare più forza, consentire il dono: perdono come iper-dono (cfr. Derrida, Recalcati).

La capacità, nel terapeuta, di perdonarsi accogliere, riparare per quanto possibile la propria impotenza e rabbia è fruibile dal paziente come un "modello plastico" per le proprie identificazioni creative "*come io sono fragile, anche tu sei capace ad essere fragile...*".

V. In conclusione, self-compassion come crogiuolo creativo: angoscia empatica, contagi, creatività, resistenza, alleanza, perdono....

La compassione implica quindi un processo d'ordine affettivo, cognitivo comportamentale e interpersonale: genere di apertura e di accompagnamento, di tenerezza e di sostegno, di fiducia e d'incoraggiamento. Non sarebbe soltanto un'affezione passiva, un sentire l'altro nel momento del suo soffrire, ma un'attiva e creativa propensione all'altro, è *un adoperarsi per l'Altro*, un agire con e per lui, nel momento in cui l'*Altro* non è in grado di auto-sollevarsi [38]. La compassione presuppone l'empatia, ma non coincide con questa, come fin dal 1917 sottolineava E. Stein [54] ("*...empatia da αισθάνομαι, mi accorgo...mentre εμπάθεια indica compassione...*") e come un secolo dopo, gli studi brain imaging hanno evidenziato (cfr. T. Singer, 2018) [42].

È il risultato, la compassione, di un'attivazione creativa riparativa della persona, sollecitata dalla percezione della sofferenza indotta dall'angoscia empatica nelle relazioni con gli Altri. I risultati delle ricerche ricordate sopra suggeriscono che comportamenti, pensieri e sentimenti autocompassionevoli, se sperimentati con maggior o minor calore nella famiglia fin dall'infanzia, o acquisite grazie a procedure di psicoterapie modificate ad hoc, incoraggiano per interazione la *self compassion* in sé stessi e negli altri.

Promettenti recenti studi clinici confermano che interventi psicoterapeutici mirati ad accrescere la self-compassion o a ridurre le difese verso questa, producono evidenti miglioramenti sia sui sintomi che sui disturbi sottostanti, in *pazienti difficili* come quelli con Disturbo narcisistico di personalità [33] e Disturbi alimentari [27] e pure nelle psicosi [4].

Quando la relazione terapeutica si caratterizza da continue rotture e riparazioni, reciproche imitazioni, simulazioni, contagi, è allora probabile la *simulazione* da parte del paziente dell'espressione modificata dal terapeuta dell'esperienza del paziente stesso, svolga funzioni terapeutiche regolatrici [25].

Anche tramite *sintonizzazione intenzionale* si potrebbe quindi ritenere che l'empatia angosciata sia riparata in empatia compassionevole... È come se il paziente “vedesse, sentisse” nel terapeuta una compassione verso il paziente stesso, che questi ancora non prova: un'autocompassione che comunque porta alla salute, non all'autoindulgenza [37b].

Contagi quindi di *empatia compassionevole*...: gli studi sopra citati considerano come soltanto un'attivazione della (self)-compassion rende sopportabile e poi operativa, riparativa, nel terapeuta l'empatia angosciata, alleanza dolorosa con *i deficit* del suo paziente esperita specie nelle componenti implicite, non verbali... L'auto-compassione rappresenta allora nel terapeuta la alleanza con il proprio deficit ... e nel paziente con il suo proprio [45]. Il *contagio profondo implicito* di fiducia, sfiducia, angoscia, delusioni, speranze, oltrepassa, rinforza o annulla, i messaggi verbali e gestuali intenzionali, gli atteggiamenti, e strategie consapevoli dello stile terapeutico e dell'attitudine all'*incoraggiamento* [44].

Ne risultano accresciute - nell'interazione/matching - le responsabilità etiche del terapeuta, che sostengono uno sviluppo continuo del suo Sentimento Sociale (cfr. cooperativeness di Cloninger), struttura portante della personalità, del carattere del clinico, non solo del paziente... Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva per contagio quello del paziente! [18].

Ulteriori studi ed esperienze cliniche potrebbero confermare la *self compassion* del terapeuta come contenitore, *crogiolo di trasformazione* di aspetti impliciti ed espliciti della relazione, per un contagio reciproco evolutivo tra i due protagonisti del setting. *I moments of meeting* (D. Stern 2004) [55], *pochi secondi, decimi di secondo, di emozioni condivise*, sono di per sé incoraggianti. La *embodied simulation* del paziente verso il terapeuta e viceversa comporta che al paziente passi per via *neurons mirror* non le parole ma ciò che *veramente* è sentito dal terapeuta: su questa è (ri)costruita una complementare nuova “struttura di accoglimento di sé” (self-compassion) nel paziente. Il *come* il terapeuta reagisce al paziente diventa protesi (utile o dannosa) un *frammento* nuovo del Sé del paziente.

La comprensione empatica/compassionevole rappresenta il cuore dell'incoraggiamento... Lo stile della restituzione accoglienza empatica per concorrere all'evoluzione del Sé - da parte del paziente - deve esprimere l'*essere, il sentire* compassionevole autentico del terapeuta, il suo fare “creativo” anche subliminale e implicito che promuove la riparazione...

La revisione neurofisiologica delle dinamiche relazionali inconscie a riguardo dei meccanismi di empatia/compassione, rende ulteriormente evidente come - negli

scambi reciproci tra terapeuta e paziente - i contagi emotivi inconsci di speranza/di-sperazione, condivisione/rifuto, appartenenza/solitudine rappresentino di gran lunga i momenti cruciali di trasformazione e cambiamento. Lo sviluppo degli studi sulle virtù psicodinamiche del clinico, psichiatra e psicoterapeuta, (Brenner & Khan 2013) [6] sarà verso approcci che considerano la compassione (auto/etero) insieme alla propensione all'incoraggiamento (Rovera 2016) [47] come le virtù fondanti e propedeutiche a tutte le altre.

Essendo richiesta un'implicita *partecipazione affettiva virtuosa compassionevole del terapeuta* - piuttosto che schermo neutrale vuoto - dal momento che le sue *virtù psicodinamiche* agiscono soprattutto per via implicita, la formazione *nel profondo* del terapeuta alla conoscenza di sé, all'accoglimento di sé, alla self-compassion appare una necessità scientifica e prerequisito etico al contempo.

TAB 1.

Scala dell'auto-Compassione (Neff, 2023).

La scala a 26 voci valuta sei diversi aspetti di SC.

Tre di questi aspetti sono positivi:

(a) gentilezza verso se stessi (es.: “Cerco di essere comprensivo e paziente verso quegli aspetti della mia personalità che non mi piacciono”),

(b) umanità comune (ad es. “Quando sono giù e fuori, ricordo a me stesso che molte altre persone nel mondo si sentono come me”),

(c) consapevolezza (ad es. “Quando qualcosa di doloroso succede cerco di avere una visione equilibrata della situazione”).

Gli altri tre aspetti sono negativi:

(d) auto-giudizio (ad es. “Sto disapprovando e giudicando sui miei difetti e inadeguatezze”),

(e) isolamento (ad es.: “Quando penso alle mie inadeguatezze, ciò tende a farmi sentire più separato e tagliato fuori al resto del mondo”),

(f) eccessiva identificazione (es.: “Quando mi sento giù, tendo a ossessionarmi e fissarmi su tutto ciò che è sbagliato”).

Questi aspetti negativi sono codificati in modo inverso.

Le risposte sono date su una scala a 5 punti che va da Da “Quasi mai” a “Quasi sempre”.

TAB.2

T.C.I. (Cloninger et al.1993)

Items della Compassione vs Vendicatività- 4^a sottodimensione della Cooperatività

- Mi piace vendicarmi delle persone che mi offendono V/F
- Traggo piacere nel veder soffrire i miei nemici V/F
- Quando qualcuno mi ferisce in qualche modo di solito cerco di pareggiare il conto V/F
- Cerco di tenere in considerazione i sentimenti degli altri anche quando sono stati ingiusti con me in passato V/F
- Di solito mi piace essere cattivo nei confronti di chi è stato cattivo con me V/F
- Preferisco essere tollerante piuttosto che vendicarmi quando qualcuno mi ferisce V/F
- Mi piace immaginare i miei nemici mentre soffrono V/F
- La maggior parte delle volte perdono in fretta chi mi fa dei torti V/F
- Mi fa piacere aiutare gli altri anche se mi hanno trattato male V/F
- Non sopporto di vedere qualcuno che soffre V/F

TAB.3

T.C.I. (Cloninger et al.1993)

Items dell'Interesse empatico vs Disinteresse sociale - 2^a sottodimensione della Cooperatività

- Spesso considero i sentimenti di un'altra persona alla pari dei miei V/F
- Sembra che io non capisca troppo bene la maggior parte della gente V/F
- Di solito le altre persone mi dicono come si sentono V/F
- Spesso cerco di immaginarmi nei panni di altre persone così da poterle veramente comprendere V/F
- Spesso cerco di mettere da parte i miei giudizi personali così che posso capire meglio ciò che gli altri stanno provando V/F
- Ogni persona dovrebbe essere trattata con dignità e rispetto, anche se sembra cattiva ed insignificante V/F
- Non penso che sia possibile per una persona condividere i sentimenti con un'altra che non abbia avuto la stessa esperienza V/F

Bibliografia

1. ADLER, A. (1913), *Individualpsychologische Behandlung der Neurosen*, ristampato in ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individual psychologie*, tr. it. *La psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 1992.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
3. a. ADLER, A. (1935), The fundamental view of individual psychology, *Int. J. Ind. Psych.*, 1:5-8.
3. b. ADLER, A. (1936), Prefazione Del Diario Di Vaslav Nijinsky, (a cura di, 1981), *Arch General Psychiatry*, 38; 834-835.
4. ADLER, K. A. (1967), La psicologia individuale di A. Adler, in WOLMAN, B. L. (a cura di), *Psychoanalytic Techniques*, tr. it. *Manuale di tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma 1974.
5. AKASE, M., TERAOKA, T., KAWANO, N., SAKAI, A., HATANOKAWA, K., et al. (2020), More Purpose in Life and Less Novelty Seeking Predict Improvements in Self-Compassion During a Mindfulness-Based Intervention: The EXMIND Study, *Front Psychiatry* 11:252. doi: 10.3389/fpsy.2020.00252
6. BRENNER, A. M., KHAN, F. (2013), The Training of Psychodynamic Psychiatrists: The Concept of "Psychodynamic Virtue", *Psychodyn. Psychiatry*, 41: 57-74.
7. CISF (2021), *La famiglia nella società post-famigliare sulla famiglia 2001*, Nuovo Rapporto.
8. CITO, A. L., PIDINCHEDDA, A., TOSI, C., BOVERO, A. (2022), La compassione dell'operatore di cure palliative: uno studio qualitativo in ottica adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 92: 87-103.
9. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRZYBECK, T. R. (1993), A Psychobiological Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-989.
10. CONVERSANO, C., CIACCHINI, R., ORRÙ, G., DI GIUSEPPE, M., et al. (2020), Mindfulness, Compassion, and Self-Compassion Among Health Care Professionals: What's New? A Systematic Review, *Front Psychol.* 11:1683. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01683
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. DE DIONIGI, S. (2022), Verità o Bellezza per una estetica della psicoterapia adleriana? *Riv. Psicol. Indiv.*, 92: 51-86.
13. DERRIDA, J. (2004), *Pardonnez-moi*, tr. it. *Perdonare*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2004.
14. DREWERMANN, E. (1989), *Ich steige hinab in die barche der sonne*, tr. it. *Io discendo nella barca del sole*, Rizzoli, Milano 1993.
15. FASSINO, S. (1984), Per una teoria individualpsicologica delle relazioni en-dop-sichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.
16. FASSINO, S. (2004), Individual Psicologia e Modello Psicobiologico della Perso-

- nalità, in ROVERA, G. G., et al. (Eds.), *La ricerca in Psicologia Individuale*, C.S.E., Torino, 2004, I, 5:33-40.
17. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-65.
18. FASSINO, S. (2017), Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 29-53.
19. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
20. FERRERO, A. (2022), Lo sviluppo del pensiero Adleriano negli ultimi venti anni: alcuni contributi a livello internazionale *Riv. Psicol. Indiv.*, 91: 31-48.
21. FREUD, S. (1905), *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio*, tr. it. New Compton, Roma, 2011.
22. FREUD, S. (1921), *Massenpsychologie und Ich-Analyse*, tr. it. *Psicologia delle masse e analisi dell'io*, Piccola Biblioteca Einaudi Classici, 2013.
23. GALBUSERA, L., FUCHS, T., HOLM-HADULLA, R. M., THOMA, S. (2022), Person-Centered Psychiatry as Dialogical Psychiatry: The Significance of the Therapeutic Stance, *Psychopathology* 55(1):1-9. doi: 10.1159/000519501. Epub 2021 Nov 9. PMID: 34753146.
24. GALILI-WEINSTOCK, L., CHEN, R., ATZIL-SLONIM, D., RAFAELI, E., PERI, T. (2020), Enhancement of self compassion in psychotherapy: The role of therapists' interventions, *Psychother Res. Jul*; 30(6):815-828.
25. 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; 131-76.
26. GEHRIE, M. J. (2011), From archaic narcissism to empathy for the self: the evolution of new capacities in psychoanalysis, *J. Am. Psychoanal Assoc.*, Apr; 59(2):313-34.
27. GELLER, J., SAMSON, L., MAIOLINO, N., IYAR, M. M., et al. (2022), Self-compassion and its barriers: predicting outcomes from inpatient and residential eating disorders treatment, *J Eat Disord.* Aug 6;10(1):114. doi: 10.1186/s40337-022-00640-8
28. GIUS, E. (2019), *Compassione*, Edizioni Dehoniane Bologna.
29. ISAIA, (ca.765 a.C.), in *La Bibbia*, nuova versione a cura Conf. Episcopale Italiana, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo 2009.
30. HINTSANEN, M., GLUSCHKOFF, K., CLONINGER, C. R., et al. (2019), Parent-child-relationship quality predicts offspring dispositional compassion in adulthood: A prospective follow-up study over three decades, *Dev Psychol. Jan*; 55(1):216-225.
31. KIM, J. J., PARKER, S. L., DOTY, J. R., CUNNINGTON, R., GILBERT, P. & KIRBY, J. N. (2020), Neurophysiological and behavioural markers of compassion, *Scientific Reports* 10:6789.
32. KOHUT, H. (1978), *The Search of the Self*, tr. it. *La ricerca del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino.
33. KRAMER, U., PASCUAL-LEONE, A., ROHDE, K. B., SACHSE, R. (2018), The role of shame and self-compassion in psychotherapy for narcissistic personality disorder: An exploratory study, *Clin Psychol Psychother.* Mar; 25(2):272-282. doi:

10.1002/cpp.2160.

34. MACBETH, A., GUMLEY, A. (2012), Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology, *Clin Psychol Rev.* 2012 Aug;32(6):545-52. doi:
35. MEZZICH, J. E., BOTBOL, M., CHRISTODOULOU, G. N., CLONINGER, R. (2016), *Person Centered Psychiatry*, Springer International Publishing Switzerland.
36. MILLER, K., ALLISON, K. (2020), Is Self-Compassion Contagious? An Examination of Whether Hearing a Display of Self-Compassion Impacts Self-Compassion in the Listener, *Canadian Journal of Behavioural Science* Vol. 52, No. 2, 159–170.
37. NEFF, K. D., GERMER, C. (2022), The role of self-compassion in psychotherapy, *World Psychiatry.* Feb;21(1):58-59.
37. b. NEFF, K. D. (2023), Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention, *Ann Rev Psychol.* Jan 18;74:193-218.
38. PAGLIACCI, D. (2019), *L'Io nella distanza. Essere in relazione, oltre la prossimità*, Milano, Mimesis.
39. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
40. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1981), “Adler e Nijinski”, *Quaderni della Riv. Psicol. Indiv.*, 6.
41. RECALCATI, M. (2014), *Non è più come prima. Elogio del perdono nella vita amorosa*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
42. PRECKEL, K., KANSKE, P., SINGER, T. (2018), On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind, *Current Opinion in Behavioral Sciences* 2018, 19:1–6.
43. RIZZOLATTI, G., SINIGALLIA, C. (2006), *So quel che fai: il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina, Milano.
44. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
45. ROVERA, G. G. (1988), L'alleanza col deficit: un possibile strumento mutativo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 41-49 (2016).
46. ROVERA, G. G. (2016), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-45.
47. ROVERA, G. G. (2016), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80:31-40.
48. SAARINEN, A. I., KELTNER, D., DOBEWALL, H., LEHTIMA, K. I., KELTIKANGAS-JA'RVINEN, T., HINTSANENM, L. (2021), The relationship of socioeconomic status in childhood and adulthood with compassion: A study with a prospective 32-year follow-up. *PLoS ONE* March 24, 2021 16(3): e0248226
49. SCHMIDT, R. (1996), “E. Riingel e R. Dreikurs: che cosa è rimasto del loro lavoro”, relazione al XX Internazional Congress of IAIP, Oxford, in ROVERA, G. G. *Tradizione e cambiamento*, CSE, Torino 1999.
50. SCHORE, A. N. (2019), *Psicoterapia con l'emisfero destro*, Raffaello Cortina, Milano 2022.
51. SCHORE, A. N. (2014), The right brain is dominant in psychotherapy, *Psychotherapy*, Sep. 51 (3): 388-97.

52. SEIDEL, V. (1985), Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologische therapie, *Beitr. z. Indiv. Psych.*, 6: 90- 99.
53. SINGER, T., KLIMECKI, O. M. (2014), Empathy and compassion, *Curr. Biol.*, Sep. 22; 24 (18): 875-878.
54. STEIN, E. (1917), *On the Problem of Empathy*, tr. it. *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma 2003.
55. STERN, D. N., (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, tr. it. *Il momento presente*, Milano, Raffaello Cortina, Milano, 2005.
56. WATT, D. F. (2005), Attachment mechanisms and the bridging of science and religion: the challenges of anthropomorphism and sect-ism, *Psychoanal Rev.* Apr;92(2):191-221.
57. ZHANG, Y. Y., ZHANG, C., HAN, X. R., LI, W., WANG, Y. L. (2018), Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis, *Medicine (Baltimore)*. Jun;97(26):e11086. doi: 10.1097/MD

Secondo Fassino
Via Milazzo 2
I-10133 Torino
E-mail: secondo.fassino@unito.it

Gian Giacomo Rovera
Corso Einaudi 28
I-10129 Torino
E-mail: ggrovera@hotmail.com