

# Gregorianum

Roma 2023 - 104/2

**FRANCESCO LUIGI GALLO**

**L'allineamento dei cuori nelle relazioni d'aiuto.  
*L'empatia nelle pratiche psicoterapeutiche***



Pontificia Università Gregoriana  
Pontificio Istituto Biblico

## **L'allineamento dei cuori nelle relazioni d'aiuto. *L'empatia nelle pratiche psicoterapeutiche***

### RIFLESSIONI INTRODUTTIVE

Tornare a riflettere sul tema dell'empatia vuol dire tornare a riflettere sulla nostra *humanitas*, cioè su quel «singolare universale potente» che «supera, tutte comprendendole, la vastità dei luoghi, la diacronia dei tempi, l'ampiezza degli spazi e degli orizzonti, la differenza di genere, etnia, estrazione sociale, cultura e religione»<sup>1</sup>. Oggi, nell'età *oggettivante* e *reificante* della tecnica<sup>2</sup> diviene sempre più urgente il *riconoscimento* dell'Altro, per incontrarlo ed intercettarlo non nell'indifferenza della sua funzione tecnico-lavorativa o del suo *status* sociale, *ma nell'unicità del suo essere persona*, altra da me ma allo stesso tempo uguale a me, poiché con me condivide la sua umanità.

È stato già osservato che nel nostro tempo la società sia ridotta a *mercato* e «l'individuo a *sintesi dei suoi interessi materiali*»<sup>3</sup>. Oggigiorno assistiamo alla «progressiva estinzione dell'individuo»<sup>4</sup> nella misura in cui il «*principio di uniformità*»<sup>5</sup> che regola i rapporti tecnici-lavorativi-economici induce ad una interazione sociale che prescinde totalmente dalle «specificità e peculiarità»<sup>6</sup> dei singoli uomini, i quali si relazionano non a partire dalla rispettiva *particolarità* e *unicità* ma a partire dalla loro *funzionalità tecnica*<sup>7</sup>. L'uomo *in quanto uomo* diviene sempre più *isolato*, chiuso in un *mutismo autistico radicale*, e *a comunicare sono non gli Uomini, ma le monadi*. Ma la comunicazione, si badi, non è ancora *dialogo*. Esso «non è meramente uno scambio verbale, uno

---

<sup>1</sup> P. MANGANARO, *Empatia*, 107.

<sup>2</sup> Si veda a questo proposito U. GALIMBERTI, *Psiche e techne*.

<sup>3</sup> U. GALIMBERTI, *Psiche e techne*, 540.

<sup>4</sup> U. GALIMBERTI, *Psiche e techne*, 540.

<sup>5</sup> U. GALIMBERTI, *Psiche e techne*, 541.

<sup>6</sup> U. GALIMBERTI, *Psiche e techne*, 540.

<sup>7</sup> U. GALIMBERTI, *Psiche e techne*, 541.

scambio d'informazioni»<sup>8</sup>, *ma è un coinvolgimento radicale nell'alterità*: nel dialogo Io mi trovo presso il Tu, «l'alterità mi reclama»<sup>9</sup>.

Il dialogo è possibile solo nel pieno riconoscimento dell'Altro, della sua umanità, nella dialettica della *diversità* e dell'*identità della comune umanità* che è proprio l'empatia ad attivare. Nell'età della tecnica accade qualcosa di *paradossale*. L'uomo perde ogni contatto col suo vero Sé e lega inescindibilmente la sua identità alla sua *efficienza* che, in tale contesto, assurge a criterio identificativo primario<sup>10</sup>. Il soggetto, in altri termini, perde la sua identità umana e, in quanto funzionario dell'apparato tecnico, misura se stesso a partire dalla sua funzione che, se per motivi svariati dovesse venir meno, trascinerebbe con sé ogni traccia di senso e di significato dell'esistenza. Ciò è vero perché se il *significato dell'esistenza* viene fatto coincidere – erroneamente e rischiosamente – con la *razionalità dell'apparato tecnico*, un qualsiasi impedimento/cessazione della propria funzionalità significherebbe automaticamente un arresto stesso della vita, ridotta com'è alle sole *logiche autoreferenziali della produzione*<sup>11</sup>. In tale contesto anche la psicopatologia ha mutato volto e subito delle trasformazioni radicali. Ogni epoca ha avuto la sua patologia egemone: il novecento, ad esempio, è stato senz'altro il secolo della depressione. Tuttavia, nel corso del «secolo breve» essa ha mutato forma e si è, trasformata: «mentre prima la malinconia, nella sua forma più grave, era connotata dal senso di colpa, dal rifugio del soggetto in un passato caratterizzato da colpe considerate irrimediabili, oggi invece la depressione non nasce più da una cultura della colpa» ma dal senso di «insufficienza a raggiungere gli obiettivi che ci vengono assegnati: ce la farò? O non ce la farò?», ecco le domande del depresso<sup>12</sup>. Non domande di senso né questioni di colpa, ma insicurezze legate al senso – peraltro sempre più diffuso a causa degli standard elevatissimi dell'età della tecnica – di *inutilità e inefficienza produttiva*<sup>13</sup> come accade ad esempio nei casi di *Manager's Disease* di cui parla V. Frankl<sup>14</sup>.

Ebbene, l'identità dell'uomo in quanto uomo – *non in quanto funzionario dell'apparato* – oggi obnubilata dalle maschere<sup>15</sup> imposte dalla società di profitto, richiede con urgenza drammatica di essere *recuperata e riconosciuta*, ed è per questo che il discorso sull'empatia diventa oggi assai interessante, nella misura in cui, come ha scritto Manganaro, essa è «l'opposto di indifferenza»<sup>16</sup>.

<sup>8</sup> G. STANGHELLINI, *Noi siamo un dialogo*, 21.

<sup>9</sup> G. STANGHELLINI, *Noi siamo un dialogo*, 21-22.

<sup>10</sup> U. GALIMBERTI, *Psiche e techne*, 545.

<sup>11</sup> U. GALIMBERTI, *La lampada di Psiche*, 170.

<sup>12</sup> U. GALIMBERTI, *La lampada di Psiche*, 77.

<sup>13</sup> U. GALIMBERTI, *La lampada di Psiche*, 78.

<sup>14</sup> V. E. FRANKL, *Alla ricerca di un significato della vita*.

<sup>15</sup> U. GALIMBERTI, *Psiche e Techne*, 401.

<sup>16</sup> P. MANGANARO, *Empatia*, 9.

Se è vero, infatti, che «chi dice empatia dice io, e dice tu», simultaneamente «dice noi»<sup>17</sup>, nel pieno riconoscimento reciproco, allora non si può fare a meno di pensare che una (ri)educazione al sentire empatico potrebbe arrestare gli effetti di quel «principio di uniformità» che regola i rapporti nell'età della tecnica. L'empatia è la *cura dell'indifferenza*<sup>18</sup>, l'accorciamento della distanza che ci separa dagli altri: dai migranti, dagli estranei, dai diversamente abili, dai disadattati, dai carcerati, dai malati, dagli sconosciuti<sup>19</sup>.

Nel tempo dell'*individualismo assoluto* l'empatia è quella forza di coesione in grado di ripristinare l'ormai dimenticata, ma non definitivamente perduta, *Wirsubjektivität*, la «soggettività del noi»<sup>20</sup>. Nella relazione empatica l'Altro è colto come «un intero»<sup>21</sup>. Ciò vuol dire che, nella relazione empatica l'Altro non è mai *reificato* o *parcellizzato*<sup>22</sup>, ma è colto «nella luce intellegibile dell'essere personale», cioè «in una singolarissima offerta d'essere e di senso che è il massimo di personalizzazione dell'essere e del senso»<sup>23</sup>. In altri termini: l'empatia ci porta naturalmente a considerare l'Altro da noi non tanto *in quanto* «funzionario dell'apparato tecnico», *in quanto* malato da curare, *in quanto* migrante che richiede asilo, *in quanto* carcerato da punire, *in quanto* sconosciuto da esiliare ed estraniare ancor di più. Questi sono aspetti e parcellizzazioni in base alle quali gli uomini sono ridotti da portatori di senso a meri individui da etichettare e trattare. L'empatia, invece, *ci consente di evitare tali parcellizzazioni* («in quanto migrante», «in quanto malato», «in quanto funzionario», «in quanto disadattato», ecc.) per considerare gli individui primariamente *in quanto uomini*, accogliendone la loro unicità e irripetibilità, la loro storia personale e la loro altrettanto unica condizione esistenziale. «Lo sguardo e il sentire empatici», continua ancora Bellingreri, «sono infatti integrale percezione ontologica: l'altro non è innanzitutto colto come *objectum* o semplice sintesi di *objecta*»<sup>24</sup>.

Si potrebbe intendere la *rieducazione empatica degli uomini* come la chiave risolutiva delle problematiche umane e relazionali del nostro tempo. Affinché queste riflessioni, però, non assumano una dimensione incontenibile ho deciso di selezionare un particolare tema, quello della *sofferenza psicologica*, per indagarlo – consapevole di tutti i limiti della trattazione – alla luce dell'empatia e quindi della capacità empatica di relazionarsi al diverso, al malato, alla

<sup>17</sup> P. MANGANARO, *Empatia*, 9.

<sup>18</sup> P. MANGANARO, *Empatia*, 11.

<sup>19</sup> P. MANGANARO, *Empatia*, 11.

<sup>20</sup> P. MANGANARO, *Empatia*, 43.

<sup>21</sup> A. BELLINGRERI, *Per una pedagogia dell'empatia*, 340.

<sup>22</sup> A. BELLINGRERI, *Per una pedagogia dell'empatia*, 340.

<sup>23</sup> A. BELLINGRERI, *Per una pedagogia dell'empatia*, 340.

<sup>24</sup> A. BELLINGRERI, *Per una pedagogia dell'empatia*, 340.

persona sofferente. Questa sfumatura del complesso e articolatissimo tema dell'empatia mi è sembrata particolarmente interessante alla luce dell'incontenibile dilagare delle esperienze di sofferenza interiore caratteristiche del nostro tempo e, soprattutto, considerate le pratiche medico-psichiatriche oggettivanti e reificanti che annullano ogni possibilità di dialogo, di riconoscimento e di intesa umana. Ebbene, a tal proposito le riflessioni sul tema dell'empatia possono gettare nuova luce sui limiti intrinseci di una pratica medica sempre più disumanizzata e alienante.

La psicoterapia, invece, è primariamente un rapporto paritario tra due esseri umani, reso possibile, mediante il *dialogo*, dal pieno riconoscimento da parte dello specialista della *persona* sofferente. Specialista che, bisogna riconoscerlo, si trova a dover mediare tra un sapere scientifico-oggettivante da un lato e le esigenze di comprensione empatica e relazione personale e umana dall'altra: è un duro compito quello del terapeuta, ma che è reso possibile proprio dalla capacità empatica, la quale permette innanzitutto un de-centramento dell'Io<sup>25</sup>. L'empatia è «la via [...] per accedere all'intera persona dell'altro»<sup>26</sup>, e poi consente soprattutto un abbattimento delle barriere della «più arida solitudine»<sup>27</sup> procurata dalle lancinanti sofferenze interiori<sup>28</sup>. C'è un *superamento della distanza nella relazione empatica*<sup>29</sup>, un coinvolgimento esistenziale ed umano, prima che medico e terapeutico, e che umanizza la stessa relazione d'aiuto contro ogni de-formazione materialistica e oggettivante. È proprio a questo punto che il tema dell'empatia diventa *psicoterapeuticamente rilevante*. Se è vero, inoltre, che l'empatia, come ha scritto ancora la Boella, è «il termine unitario con cui nominare l'ambito di esperienza entro il quale si danno le molteplici forme del sentire l'altro, l'amicizia, l'amore, la compassione, l'attenzione, la cura, il rispetto, il riguardo», allora possiamo fare anche un passo in più, attuando un capovolgimento del nostro modo d'intendere la pratica psicoterapeutica: invece che intendere l'empatia come un aspetto importante della relazione d'aiuto, dovremmo allora intendere – e questo è il capovolgimento – *la relazione terapeutica d'aiuto come una declinazione e una possibilità della più generale e comprensiva capacità umana di sentire l'altro*.

<sup>25</sup> P. MANGANARO, *Empatia*, 65.

<sup>26</sup> L. BOELLA, *Sentire l'altro*, 12.

<sup>27</sup> P. MANGANARO, *Empatia*, 43.

<sup>28</sup> L. BOELLA, *Sentire l'altro*, 21-22.

<sup>29</sup> L. BOELLA, *Sentire l'altro*, XVI.

# I. IL TRATTAMENTO DEL DOLORE E LA PRATICA PSICOTERAPEUTICA NELL'ETÀ DELLA TECNICA: LA NECESSITÀ DELLA RELAZIONE EMPATICA

La Manganaro, analizzando la voce *Empatia* redatta da P. Steck per il *Lexicon der Psychologie* ha giustamente rilevato come lo studioso abbia evitato di assegnare all'empatia la «dignità di metodo scientifico nella prassi psicoterapeutica e nel colloquio psico-pedagogico»<sup>30</sup> proprio perché, a ben vedere, l'*atto empatico* risulta essere non quantificabile e inoggettivabile. Secondo la studiosa, però, il limite di Steck nel considerare l'atto empatico consiste proprio in questo, cioè nel non riconoscimento della forza e della potenza terapeutica che scaturisce dalla capacità di sentire l'altro, nonostante tale capacità umana non sia riducibile ed inquadrabile nelle *categorie oggettivanti della tecnica e della scienza moderne*.

In uno scenario come quello attuale, in cui la psichiatria è ridotta a «encefalo-iatria»<sup>31</sup>, «non c'è più bisogno di dialogo e di colloquio, di comunicazione», perché «ogni condizione depressiva, o ansiosa, deve solo essere cancellata farmacologicamente»<sup>32</sup>. Quest'ultimo rilievo mette in luce le dinamiche terapeutiche che oggi, *nell'età della tecnica e dello scientismo esasperato*, inducono a riprodurre, nel *setting psicoterapeutico*, le medesime dinamiche di trattamento che lo scienziato attua nei confronti del suo oggetto di ricerca. Al modo di un'analista che maneggia accuratamente la sua provetta, mantenendo la concentrazione e il distacco caratteristici di chi deve esaminare scientificamente qualcosa senza coinvolgimento emotivo, allo stesso modo lo psichiatra di orientamento organicista *evita* ogni coinvolgimento empatico proprio perché lo considera ininfluenza – anzi, paradossalmente lo considera d'ostacolo – rispetto a quello che è lo scopo primario del colloquio clinico: l'*inquadramento diagnostico* e la *prescrizione psicofarmacologica*.

Una psicoterapia fondata, invece, sulla relazione empatica, sul riconoscimento dell'umanità dell'Altro che si pone di fronte al terapeuta non come paziente, ma come *uomo sofferente*, ben al di là di ogni *alienazione*, alla fredda e distaccata prescrizione psicofarmacologica sostituisce il calore dell'incontro umano – che di per sé è già terapeutico – e la creazione di un mondo comune nel quale terapeuta e uomo sofferente, nel pieno riconoscimento reciproco, annullano ogni distanza e insieme, dignitosamente e rispettosamente, procedono nell'arduo cammino della risoluzione della sofferenza interiore<sup>33</sup>.

La distanza tra medico e paziente, diventa invece infinita nella pratica medica dell'età della tecnica. L'*indifferenza* dello specialista, che volutamente

<sup>30</sup> P. MANGANARO, *Empatia*, 81.

<sup>31</sup> E. BORGNA, *Le intermittenze del cuore*, 23.

<sup>32</sup> E. BORGNA, *Le intermittenze del cuore*, 23. Cfr. anche, 22.

<sup>33</sup> P. MANGANARO, *Empatia*, 52.

ignora le questioni di senso e di significato della vita umana che diventano sempre più urgenti per chi è afflitto da sofferenze interiori, dischiude uno spazio desertico, emotivamente arido e vuoto che non elimina, ma anzi acuisce le sofferenze del paziente<sup>34</sup>:

Non ha importanza fare queste distinzioni, non ha importanza (non serve e non ha senso) ascoltare i pazienti e ricostruirne la storia della vita; e questo perché ogni condizione di sofferenza, anche una *Stimmung* depressiva appunto, non può se non essere immediatamente cancellata e rimossa.<sup>35</sup>

Lo scopo non è più dar senso alla malattia dell'anima, ma isolare e separare, per così dire, la stessa malattia dal soggetto per poterla inquadrare nosograficamente e, così *formalizzata* e *astratta*, silenziare psicofarmacologicamente. Il silenzio della prescrizione esasperata si sostituisce al bisogno originario e inaggrabile del dialogo e della condivisione.

Tuttavia è e resta vero questo principio: «*il dolore non va capito ma condiviso*»<sup>36</sup>. In questa frase è raccolto, in *forma implicita*, tutto il valore della relazione empatica – relazione di condivisione della *gioia* e del *dolore*, della *letizia* e della *tristezza*, del *piacere* e della *sofferenza* – per la pratica psicoterapeutica. Dietro il dilagare di prescrizioni psicofarmacologiche ci sarebbe «la tentazione, consapevole e inconsapevole, di creare *robot* de-emozionalizzati e automi impersonali (anonimi)»<sup>37</sup>.

Va ulteriormente evidenziato un altro fenomeno caratteristico del nostro tempo, e cioè *il tentativo di nascondimento dell'accadere del dolore nell'età della tecnica*<sup>38</sup>. «Noi uomini contemporanei», osserva Natoli, «non incontriamo più il dolore, il lamento non sorge nelle vie, non ci giunge dalle case»<sup>39</sup>. Perché non incontriamo più il dolore? Ebbene, la risposta di Natoli è diretta e chiara:

Oggi si ha pudore del proprio dolore. Ciò accade non perché si ha a cuore la *gloria* della propria *forma*, ma perché si teme l'*abbandono*, ci si accorge che se si dichiara la sofferenza non si può più stare al passo col *ritmo* della vita.<sup>40</sup>

Il *ritmo* della vita nell'età della tecnica (e richiamo qui le riflessioni sviluppate nell'introduzione di questo lavoro) non è un ritmo che s'interessa dei tempi dell'uomo, delle sue naturali variazioni e arresti, dei suoi fisiologici rallentamenti. È un ritmo disumano che ha fatto dell'uomo non più il fine

<sup>34</sup> A. EHRENBURG, *La fatica di essere se stessi*, 19.

<sup>35</sup> A. EHRENBURG, *La fatica di essere se stessi*, 19.

<sup>36</sup> A. SCOLA – G. REALE, *Il valore dell'uomo*, 70.

<sup>37</sup> A. SCOLA – G. REALE, *Il valore dell'uomo*, 20.

<sup>38</sup> S. NATOLI, *L'esperienza del dolore*.

<sup>39</sup> S. NATOLI, *L'esperienza del dolore*, 382.

<sup>40</sup> S. NATOLI, *L'esperienza del dolore*, 382.

ma il mezzo del suo illimitato progredire<sup>41</sup>. In questo scenario il dolore non è ammesso né minimamente tollerato, e la sua insorgenza è *immediatamente trattata* (non *accolta*) psicofarmacologicamente, cosicché il soggetto sofferente, rallentato e/o bloccato dal suo dolore possa *rimettersi al passo con il ritmo della tecnica*. L'insorgenza del dolore non è vista come un segnale che c'induce a porre domande di senso, domande radicali, ma come una condizione psicofisica da eliminare, da *normalizzare*.

Anche coloro che, in quanto specialisti, sono predisposti all'aiuto dei soggetti sofferenti non possono, proprio per le ragioni appena espresse, sostare a lungo con gli uomini, scandagliare i più reconditi anfratti della loro storia esistenziale, porre domande circa il significato della loro vita, osservare il mondo così come i soggetti lacerati dal dolore lo sentono e lo vedono e comprendere la storia dei sintomi, ben oltre una loro veloce ed insensibile categorizzazione nosografica. Gli specialisti, proprio *in quanto funzionari dell'apparato tecnico*, devono adeguarsi anche loro ai ritmi imposti, e non possono in alcun modo *fermarsi* oltre misura:

Chi prosegue, poi non è che non voglia aiutare, ma non ha tempo per fermarsi: resterebbe anch'egli indietro.<sup>42</sup>

La tecnica è, in fondo, «volontà di dominio» e «il dominio è in un certo senso l'orizzonte mitico della tecnica»<sup>43</sup>. È in questo scenario che «l'esperienza contemporanea del dolore si svolge» al punto che il *patire*, spiega ancora Natoli, «è compreso come qualcosa che può e deve essere dominato», e infatti «è affrontato come dominabile»<sup>44</sup>. È possibile intendere il modo in cui l'uomo contemporaneo fa esperienza del dolore, anche – e forse soprattutto – del dolore dell'anima, a partire dalla convinzione (che nell'età della tecnica è divenuta ormai un principio imprescindibile) secondo cui «la natura possa essere dominata» dalla tecnica<sup>45</sup>. Il progresso tecnico «consente la fuga [*scil.* dal dolore] attraverso il nascondimento e realizza il nascondimento come fuga»<sup>46</sup>. Il dolore, invece, ci riporta a contatto con la nostra intima natura, ci ricorda la finitezza della nostra essenza, l'impossibilità di controllare il tempo, il futuro e l'esistenza in generale (*páthei máthos*<sup>47</sup>). Il dolore ci ricorda qual è la nostra natura, quali sono i nostri limiti e ci consente di entrare in sintonia con la nostra essenza di esseri mortali. Nell'età della tecnica, invece, il dolore non è più strada per la conoscenza (di se stessi), ma *condizione neurofisiopa-*

<sup>41</sup> Cfr. U. GALIMBERTI, *Psiche e techne*, 325.

<sup>42</sup> S. NATOLI, *L'esperienza del dolore*, 382.

<sup>43</sup> S. NATOLI, *L'esperienza del dolore*, 375.

<sup>44</sup> S. NATOLI, *L'esperienza del dolore*, 376.

<sup>45</sup> S. NATOLI, *L'esperienza del dolore*, 377.

<sup>46</sup> S. NATOLI, *L'esperienza del dolore*, 378.

<sup>47</sup> A. SCOLA – G. REALE, *Il valore dell'uomo*, 64.

*tologica da risanare*. Alcuni disturbi, invece, come ad esempio quelli connessi alla paura patologica hanno addirittura una profonda *dimensione metafisica*<sup>48</sup> riuscendo, se adeguatamente affrontati, a portare il terapeuta e il paziente verso orizzonti di riflessione esistenziale profondissimi. La sofferenza soffocata psicofarmacologicamente ripristina lo stato di equilibrio neurofisiologico, *ma eclissa completamente il significato del dolore che in tutti i casi, anche nei più estremi, rivela sempre insolute questioni di senso*. La soppressione del dolore blocca l'apprendimento tramite la sofferenza, annulla il *páthei máthos*.

Le questioni di senso, sembra quasi inutile specificarlo, si aprono sempre nella dimensione del *dialogo* e del riconoscimento reciproco. Io sono disposto ad ascoltare, e difatti ascolto l'Altro, fintantoché lo riconosco come essere umano capace di porre questioni di senso, e *nella misura in cui il suo dire mi sta a cuore*. Solo in queste condizioni paritarie e rispettose il dialogo diviene possibile e assume una forma davvero terapeutica.

In fondo, in un colloquio "terapeutico" svolto all'interno del paradigma organicista, nulla accade di *nuovo* e di *inaspettato*, ma il punto di arrivo è già determinato al principio e consiste nel raggiungimento di quell'idea normativa di salute al quale bisogna che il soggetto venga ricondotto. Il dialogo (terapeutico e non solo) *conduce a qualcosa di inaspettato*, qualcosa che non è determinabile a priori (come invece lo è l'ideale normativo di salute al quale si ispirano gli indirizzi terapeutici suddetti):

Uno dei caratteri che accomuna il dialogo al comprendere è l'incompletezza. Come nel caso dei dialoghi socratici, l'esercizio del comprendere (e del dialogo) giunge a esiti spesso aporetici; vale a dire, sia il comprendere sia il dialogo sono privi di una univoca direzione stabilita *a priori* e di una vera e propria conclusione. Il dialogo non è meramente uno scambio di informazioni precostituite riguardo a qualcosa. Piuttosto, dal dialogo emerge qualcosa di inaspettato. Il dialogo è sì guidato da un tema, però rivela qualcosa di nuovo per gli interlocutori riguardo a quel tema. [...] Il dialogo giunge a un punto in cui i partecipanti sono colti di sorpresa e infine costretti a vedere le cose sotto una nuova luce.<sup>49</sup>

Ecco la differenza tra quest'ultimo scenario dialogico e quello, invece, tecnico-organicista. Se in quest'ultimo scenario il dialogo o, meglio, gli scambi di informazioni utili all'inquadramento diagnostico sono a priori già interpretati e categorizzati, nel primo scenario, invece, essi sono compresi in un orizzonte esistenziale ampio e quanto più comprensivo possibile, non sono immediatamente *patologizzati* ma sono ascoltati in un modo *non giudicante* e, soprattutto, sono usati come utili segnali non per *spiegare* la malattia ma per *comprendere* il senso (o l'assenza di senso) alla base della sofferenza dell'uomo che sta di fronte lo specialista. Al fondo di queste riflessioni continua a scorrere, come un fiume

<sup>48</sup> C. ANDRÉ, *Chi ha paura della paura?*, 292.

<sup>49</sup> G. STANGHELLINI, *Noi siamo un dialogo*, 23.

carsico, il tema dell'*empatia*. Essa, proprio in quanto *forza* che permette il superamento della distanza tra l'Io e il Tu e l'abbattimento di «schermi o filtri»<sup>50</sup>, arresta ogni tentativo consapevole e inconsapevole di alienazione e oggettivazione, *trasformando* – e questo è forse il punto più importante che vorrei emergesse con chiarezza – il dire del soggetto in una sorta di *narrazione*: «essere in dialogo con l'alterità, inoltre, supera l'essere l'immersi nell'istantaneità, cioè in un "tempo torrenziale"», perché «il dialogo apre la via ad un terzo tempo, il tempo della narrazione, il tempo dell'essere umano»<sup>51</sup>.

In una relazione terapeutica fondata sul dialogo il terapeuta non è la divinità che, dall'altra parte del versante e con in mano il DSM, *attende solo di etichettare il paziente*. Nel dialogo terapeutico empaticamente fondato il terapeuta perde il senso di «unità e immutabilità del Sé, quel senso che appartiene solo agli dei»<sup>52</sup> e si mette in gioco sul terreno stesso del paziente. In altri termini: al terapeuta non organicista non sta a cuore la diagnosi ma la comprensione della condizione esistenziale che fa da sfondo e dà significato al disagio psichico del paziente.

Inoltre, se nella psichiatria organicista è il detto del paziente ad essere trasportato in una dimensione altra, quella cioè dell'*astrazione scientifica*, nella pratica psicoterapeutica empaticamente fondata il paziente è intercettato proprio nel suo mondo, che non è fatto di astrazioni mediche, di etichette nosografiche, di sintomi o di classi di sintomi, bensì di sguardi, silenzi, linguaggi, movimenti unici e irripetibili e pregni di significati irriducibili alle logiche oggettivanti della scienza.

È opportuno anche sottolineare l'importanza della «capacità di immaginarsi dentro il mondo del paziente»<sup>53</sup> che il terapeuta deve necessariamente possedere. Grazie alla *storia* raccontata dal paziente il terapeuta è in grado di effettuare una serie di *accessi empatici* nella vita del paziente<sup>54</sup>. L'*empatia*, in quanto *opposto di indifferenza*, trasforma le *psicologie del conformismo* in *psicologie dell'individualità*, laddove individualità non vuol dire isolamento assoluto del singolo individuo rispetto alle strutture relazionali nelle quali comunque si trova sempre collocato (anche questa sarebbe un'irrealistica astrazione), ma significa psicologie rispettose dell'unicità del paziente che lamenta un disagio. *Aver cura* di un uomo non vuol dire annullare il *suo mondo* per ridurlo alla sua astrazione scientifica, ma *rispettare quel mondo*, conoscerlo, senza le pretese assurde né di esaurirne la conoscenza<sup>55</sup> né di conoscerlo *prima*

<sup>50</sup> G. STANGHELLINI, *Noi siamo un dialogo*, 30.

<sup>51</sup> G. STANGHELLINI, *Noi siamo un dialogo*, 22.

<sup>52</sup> G. STANGHELLINI, *Noi siamo un dialogo*, 22.

<sup>53</sup> D. M. BERGER, *L'empatia clinica*.

<sup>54</sup> D. M. BERGER, *L'empatia clinica*, 119.

<sup>55</sup> P. MANGANARO, *Empatia*, 82.

*ancora* che il paziente stesso abbia raccontato la sua storia (è questo un rischio e, allo stesso tempo, una tentazione comune a molti specialisti)<sup>56</sup>.

## II. L'EMPATIA NEL COUNSELING ROGERSIANO

Mi sembra che nel *counseling rogersiano* il ruolo dell'empatia sia davvero fondamentale. In questo paragrafo mi limiterò a sviluppare molto brevemente alcune riflessioni a tal proposito facendo anche alcuni sintetici e limitati riferimenti sia alle terapie direttive (*psicoterapia cognitivo-comportamentale* e *psicoterapia breve e strategica*) sia al *counseling filosofico*. La *client-centered therapy* di C. Rogers è l'esempio più chiaro e lampante di come la relazione empatica e il rispetto per la persona possano costituire la base per una pratica terapeutica davvero soddisfacente. Più sopra ho attirato l'attenzione più volte sul «principio di uniformità» che vige nell'età della tecnica che stiamo vivendo.

Il «principio di uniformità» orienta anche la pratica medico-psichiatrica determinando i concetti di salute e di malattia a prescindere dalle differenze individuali che ogni persona naturalmente possiede. Generalmente, la diagnosi iniziale inquadra le esperienze abnormi del paziente in rigide categorie nosografiche per poi procedere ad una terapia mirata al ristabilimento di alcuni parametri; in questa procedura («protocollo terapeutico») la persona resta fuori, eclissata e silenziosa. Ebbene, la *client-centered therapy* di Rogers scardina questo rigido protocollo proprio a partire dal momento iniziale dell'usale pratica medico-terapeutica: il momento della diagnosi<sup>57</sup>. Lo psicologo statunitense, infatti, è giunto alla conclusione non solo dell'inutilità della diagnosi, ma addirittura della sua dannosità:

Le ragioni principali di questa conclusione sono due. In primo luogo il processo di diagnosi psicologica colloca così decisamente il *locus* della valutazione nell'esperto da far aumentare la tendenza alla dipendenza nel cliente e da far nascere in lui l'idea che la responsabilità di comprendere e migliorare la sua situazione è nelle mani di un altro. [...] La seconda obiezione fondamentale alla diagnosi psicologica e alla conseguente valutazione del cliente da parte del terapeuta è che essa ha implicazioni sociali e psicologiche rilevanti e indesiderabili.<sup>58</sup>

Già da questo primo rilievo critico circa il valore della diagnosi emerge, anche se non ancora chiaramente, quello che è il *focus* della *client-centered*

---

<sup>56</sup> «Il fatto che i terapeuti abbiano a loro disposizione delle teorie che forniscono istruzioni e prevedono i temi che scopriranno sembra incongruo rispetto all'immagine della terapia come viaggio di scoperta. Dopo tutto, com'è possibile intraprendere un viaggio di scoperta avendo in tasca un manuale completo?», D. M. BERGER, *L'empatia clinica*, 187.

<sup>57</sup> C. R. ROGERS, *Terapia centrata sul cliente*, 209-213.

<sup>58</sup> C. R. ROGERS, *Terapia centrata sul cliente*, 209-210.

*therapy*, e cioè il tentativo (posto addirittura come fine della terapia) di restituire la fiducia al cliente nelle proprie capacità di autorealizzazione e organizzazione della propria esistenza. Non c'è, in questo indirizzo terapeutico, un affidamento totale del cliente alla figura dello specialista. Infatti, spiega Rogers:

Quando il cliente si rende conto che il *locus* del giudizio e della responsabilità rimane decisamente nelle mani del clinico, egli arriva a un punto che è ancora più lontano dal progresso terapeutico di quanto fosse al momento dell'inizio della terapia.

Proprio per evitare tutto ciò il *counselor* deve favorire a tutti i costi la presa di coscienza del cliente circa le sue risorse interiori: ciò è possibile, però, solo a patto di un *pieno riconoscimento dell'Altro*. Se non ci fosse tale riconoscimento, infatti, il cliente ne risentirebbe al punto da convincersi che senza l'aiuto dall'esterno tutte le sue possibilità di autorealizzazione personale e le sue capacità di gestione e risoluzione realizzazione dei conflitti sarebbero pressoché azzerate. Si creerebbe, cioè, uno stato di *totale sfiducia nell'interiorità del cliente* che non favorirebbe, ma anzi ostacolerebbe irrimediabilmente la terapia stessa. L'atto empatico di riconoscimento e condivisione dell'esperienza dell'Altro, invece, *promuove* proprio quella rigenerazione della fiducia in se stessi che, nella quasi totalità dei casi manca nei clienti che lamentano disagi interiori. "Se colui che mi sta di fronte crede in me, riconosce in me un uomo capace di risolvere tali situazioni conflittuali e non mi considera un diverso, allora forse potrò davvero farcela": è questa, in estrema sintesi, la riflessione che tenta di innescare la terapia rogersiana. Ciò che è interessante di questo particolarissimo approccio terapeutico è senza dubbio l'accento posto proprio sulla capacità del *counselor* di "lasciare da parte" se stesso e penetrare al fondo (almeno per quanto ciò sia possibile) del campo percettivo del cliente. Ecco un passo particolarmente chiaro di Rogers che illustra precisamente il «ruolo del consultore»:

Tentiamo una descrizione in termini ancora più vicini agli atteggiamenti del consultore. Il consultore in effetti dice: «Per esserti d'aiuto metterò da parte me stesso – il sé dell'interazione ordinaria – ed entrerò nel mondo della tua percezione nel modo più completo di cui io sia capace. Diventerò, in un certo senso, un altro sé per te – un alter ego per i tuoi stessi atteggiamenti e sentimenti – una sicura occasione per te di esaminarti con maggiore chiarezza, di viverti con maggiore profondità e verità, di prendere decisioni più importanti».

È interessante notare come nella *client-centered therapy* di Rogers non si parte mai da un'idea normativa di salute rigida, in base alla quale diagnosticare e curare i clienti. C'è, in verità, un principio generalissimo di base che consiste – lo spiega Rogers stesso in un altro studio dedicato al tema dei valori<sup>59</sup> – secondo il quale l'adulto, per influenze dovute all'educazione, alla

<sup>59</sup> C. R. ROGERS, *Verso un moderno approccio ai valori*, 18-35.

pubblicità, alla famiglia, al contesto socio-culturale di appartenenza, perde quella capacità *che invece i fanciulli naturalmente possiedono* («saggezza fisiologica»<sup>60</sup>), e che consiste nella capacità di scegliere ciò che è meglio per se stesso sulla base del proprio piacere e del proprio soddisfacimento interiore<sup>61</sup>. L'adulto, invece, tende ad abbandonare il *locus* di valutazione, per così dire, interno, e «lo ripone negli altri»<sup>62</sup>.

Svolgere una *terapia centrata sul cliente* vuol dire, nella prospettiva rogersiana, svolgere un percorso terapeutico considerando primariamente la persona ben oltre le influenze che delle quali può risentire e, *paradossalmente*, ben oltre anche lo stesso disagio che la tormenta. Prendersi cura della persona vuol dire, soprattutto, cercare di *condividerne il mondo* nel quale anche quel disturbo acquista un significato irripetibile e quindi irriducibile sia al linguaggio della manualistica sia alle usuali categorie nosografiche generalmente impiegate nella pratica psichiatrica (di orientamento *organicista*). Rogers insiste molto anche sul *tono* e sulle *modalità espressive* del consultore quando si rivolge al cliente<sup>63</sup>. È essenziale, in questo *orientamento terapeutico*, non assumere mai un atteggiamento dichiarativo che, a ben vedere, causerebbe solo un allontanamento tra specialista e cliente, relegando quest'ultimo nella dimensione dell'esser *paziente*, nella quale gioca per l'appunto solo un *ruolo passivo* subendo una diagnosi e una terapia, e non costituendosi come parte attiva del processo terapeutico. Rogers riporta anche delle testimonianze di alcuni reduci che si sono sottoposti a questo tipo di terapia. Una in particolare mi ha profondamente colpito e desidero citarla qui di seguito:

Il consultore cercava di farmi riflettere autonomamente su qualsiasi cosa. A volte il suo silenzio mi faceva arrabbiare, ma nello stesso tempo sentivo che il consultore doveva avere uno scopo. Proprio perché se ne stava in silenzio, perché non rispondeva e non dava dei pareri, dovevo scavare nella mia mente sempre più profondamente. In altre parole, le risposte erano *completamente mie* e per questa ragione mi colpivano.<sup>64</sup>

Il silenzio del consultore non va interpretato alla stessa maniera in cui, invece, andrebbe interpretata l'assenza di dialogo nella pratica psichiatrica *organicista*. In quest'ultima l'assenza di dialogo va intesa come la naturale conseguenza di una concezione secondo cui il paziente ha un problema originato da una causa organica e pertanto va trattato psicofarmacologicamente al fine di ristabilire determinati parametri (il cui squilibrio sarebbe l'origine del disagio, secondo una rigida equazione deterministica di causa effetto): in questo scenario il dialogo è superfluo.

<sup>60</sup> C. R. ROGERS, *Verso un moderno approccio ai valori*, 21.

<sup>61</sup> C. R. ROGERS, *Verso un moderno approccio ai valori*, 21.

<sup>62</sup> C. R. ROGERS, *Verso un moderno approccio ai valori*, 23.

<sup>63</sup> C. R. ROGERS, *Terapia centrata sul cliente*, 26.

<sup>64</sup> C. R. ROGERS, *Terapia centrata sul cliente*, 68.

Nel *counseling rogersiano*, invece, le lunghe pause di silenzio, peraltro non casuali, sono appositamente studiate per ricreare nel cliente una sorta di “vuoto fertile” così da favorire una personale e soggettiva risoluzione dei conflitti interiori e un altrettanto personale e soggettiva – e perciò solida e duratura – presa di coscienza: *in tal modo il cliente si costituisce come parte attiva del percorso terapeutico*. Il «silenzio che onora la parola», come direbbe M. Recalcati, è anche *il silenzio che onora la persona*, che la rispetta, che ne promuove la maturazione interiore e che ne permette la massima espressione, sia nelle pause riflessive sia nelle esposizioni dialogiche. È proprio il silenzio a manifestare la disponibilità del consultore ad attendere, accogliere, a fermarsi quando è necessario, ad osservare in modo non giudicante il cliente stesso, senza intervenire ma adeguandosi al passo del cliente, rispettandone le pause, peraltro fisiologiche, e le battute di arresto, nei momenti più difficili. Solo quando il cliente sente profondamente di potersi esprimere *senza essere giudicato* riesce, anche non nell'immediato, a toccare le corde profonde del suo essere e far emergere i suoni nel dialogo terapeutico, senza censure e senza restrizioni:

La sicurezza della relazione col consultore, la completa assenza di minaccia, che permette di essere sinceri persino quando ci si esprime in modo contraddittorio, rende questa esplorazione molto diversa dalla comune conversazione. Una cliente riferisce di aver parlato con un'amica dei suoi problemi, ma non l'ha fatto veramente. «In realtà stavo dicendo la cosa più vicina a quella che mi stava davvero preoccupando».<sup>65</sup>

Ecco come anche solo<sup>66</sup> il *riconoscimento dell'Altro* possiede una forza terapeutica di straordinaria potenza. Il tema dell'empatia e del riconoscimento umano gioca un ruolo di primo piano anche nella *consulenza filosofica*<sup>67</sup>. N. Pollastri, noto consulente filosofico, spiega infatti che la consulenza filosofica è primariamente un dialogo, un dialogo filosofico, e ciò vuol dire che i «due dialoganti *hanno pari dignità razionale*»<sup>68</sup>. La struttura di questa particolare forma di *relazione terapeutica*, infatti, non concepisce una disposizione subalterna, per così dire, dove al di sopra vi è lo specialista e, *sotto di esso* (non solo metaforicamente) il paziente. Questo punto è spiegato molto bene dal fondatore stesso della pratica filosofica, il tedesco G. Achenbach:

Nel momento in cui cerco una terapia, mi colloco in un rapporto che è funzionalmente ripartito in modo disuguale: uno è il guaritore e l'altro è il paziente. Di questo dislivello, che è una forma di “comunicazione distorta”, vive ogni terapia. Nel frattempo, però, per esempio la crescente attrattiva dei gruppi “di autoaiuto” è da

<sup>65</sup> C. R. ROGERS, *Terapia centrata sul cliente*, 70.

<sup>66</sup> Prescindendo, quindi, dalle varie e specifiche tecniche terapeutiche.

<sup>67</sup> Sulla consulenza filosofica si veda il testo del fondatore G.B. ACHENBACH, *La consulenza filosofica*. Si veda, inoltre, U. GALIMBERTI, *La casa di psiche*.

<sup>68</sup> N. POLLASTRI, *Consulente filosofico cercasi*, 27.

valutare come indice di un aumento di disagio verso ogni predominio terapeutico sull'anima. Perciò all'individuo interessa trovare un luogo nel quale poter trattare i suoi problemi senza venir trattato a sua volta.<sup>69</sup>

*Trattare i problemi senza essere a loro volta trattati*: è questo secondo Achenbanch il desiderio, a volte espresso a volte inespresso, di tutti coloro che lamentano una condizione di disagio esistenziale e psichico. Credo che difficilmente si possa formulare un'espressione paragonabile a questa del filosofo di Hameln, *trattare senza essere trattati*, per indicare quel necessario ed imprescindibile rispetto dell'umanità dell'Altro che è alla base (o, perlomeno, dovrebbe esserlo) di ogni relazione d'aiuto. Il dialogo filosofico è definito da Achenbanch come «non terapeutico» nel senso che trascende le classiche forme di psicoterapia<sup>70</sup> basate sul *modello verticale* specialista-paziente, ma è terapeutico in un senso, per così dire, nuovo e inedito: la consulenza filosofica propone, cioè, un modello che potremmo definire *orizzontale e paritario*<sup>71</sup>. Infine, un'ultima considerazione che a mio avviso va fatta è la seguente: la pratica filosofica, come il *counseling rogersiano*, non pone «mete prestabilite», ma raggiunge di volta in volta stati di verità<sup>72</sup>. Potrebbe sembrare che questa sia una precisazione da poco sul piano terapeutico, e invece rappresenta, a ben vedere, proprio lo scarto tra le forme di relazione d'aiuto rispettose dell'umana natura, indefinibile e, soprattutto, non riducibile ai meri concetti rigidi delle scienze naturali, e le relazioni terapeutiche fondate su una concezione meramente biologista e organicista dell'uomo. Quest'ultime, infatti, fondandosi proprio *sul modello delle scienze naturali* (lo vedremo meglio nel prossimo paragrafo) non possono non tentare di catturare l'esperienza umana, nella sua complessità e multiforità, per cercare di *ridurla* alle logiche delle teorizzazioni scientifiche, deterministe e causali (Jaspers chiamerà spiegazione questo modo di intendere l'esperienza umana, anche quella interiore). Nel *counseling*, sia esso *rogersiano* o *filosofico*, tali meccanismi sono assenti e il *guadagno terapeutico* è decisivo: proprio evitando di porre all'inizio del percorso «mete prestabilite» si crea, nella relazione tra *consulatore* e *cliente*, uno spazio di libertà nel quale la natura umana, imbrigliata e costretta dal dolore dell'anima, può così fiorire e maturare senza condizionamenti e senza forzature. E ancora, è proprio in questo spazio di libertà che l'Altro può essere accettato così com'è, senza riduzioni e alienazioni, senza categorizzazioni mediche e inquadramenti nosografici, nella sua massima espressione umana ed esistenziale. Prima di chiudere questo paragrafo vorrei fare un'ultima considerazione sull'approccio terapeutico cognitivo-comportamentale. A. T. Beck, pioniere

<sup>69</sup> G.B. ACHENBANCH, *La consulenza filosofica*, 16-17.

<sup>70</sup> G.B. ACHENBANCH, *La consulenza filosofica*, 10.

<sup>71</sup> N. POLLASTRI, *Consulente filosofico cercasi*, 27-28.

<sup>72</sup> G.B. ACHENBACH, *La consulenza filosofica*, 22.

dell'approccio cognitivo nelle pratiche psicoterapeutiche, ha rimarcato a più riprese l'importanza del *calore umano*, dell'*accettazione* e dell'*empatia* nella pratica clinica. È questo il motivo per cui ne i *Principi di terapia cognitiva*<sup>73</sup> il noto terapeuta ha parlato di «collaborazione autentica tra il terapeuta e il paziente»<sup>74</sup>, della necessità per il terapeuta «di essere in sintonia con le vicissitudini del paziente da seduta a seduta»<sup>75</sup> e dell'importanza – sempre per il terapeuta che aderisce all'indirizzo cognitivo-comportamentale – di non aderire «rigidamente a uno schema preciso nel portare avanti le sedute» perché ciò potrebbe creare «una distanza eccessiva tra sé e il paziente»<sup>76</sup>. G. Emery, coautore insieme a Beck di uno studio sull'ansia e le fobie<sup>77</sup>, ha rimarcato questi aspetti importantissimi (considerati addirittura «cruciali») della terapia cognitiva, e ha parlato di «alleanza terapeutica»<sup>78</sup> e reciprocità del rapporto<sup>79</sup>.

Oltre queste dichiarazioni circa l'importanza della *collaborazione*, del *rispetto* e dell'*accoglienza* non giudicante del paziente verrebbe da chiedersi, però, se l'approccio cognitivo-comportamentale favorisca davvero e fino in fondo un tipo di relazione terapeutica empaticamente fondata. Da un lato, infatti, l'accettazione dell'Altro favorisce il dialogo terapeutico e soprattutto la narrazione del paziente, senza che quest'ultimo si *vergogni* di raccontare anche i pensieri più intimi, comunque necessari per una corretta comprensione del suo disagio. Dall'altro lato, però, tale indirizzo terapeutico pone l'accento proprio sul piano razionale, cioè delle *cognizioni* (proponendo un «modello cognitivo» dell'ansia, ad esempio, della depressione, ecc.<sup>80</sup>), individuando in esse, e in particolare nelle distorsioni che le deformano, la causa dei disturbi emotivi. Ebbene, nel modello cognitivo il «capovolgimento» dell'ansia (per restare all'esempio di questo particolare disturbo) implica proprio la maggiore attenzione data alla componente razionale (ai «pensieri automatici»<sup>81</sup>) e alla parte cosciente e cognitiva, per l'appunto, del paziente (la distanza dalla psicoanalisi che, com'è noto, concentra invece la sua attenzione sulla parte *inconscia*, sta tutta qui). Io ritengo che tale focalizzazione *sui pensieri del soggetto ansioso* possa in un certo senso «raffreddare», per così dire, il clima terapeutico e renderlo una sorta di analisi della struttura cognitiva del paziente e della valutazione della sua logica e validità («ristrutturazione cognitiva»<sup>82</sup>). D'altronde, dobbiamo riconoscere che la psicoterapia cognitivo-comportamentale-

<sup>73</sup> A.T. BECK, *Principi di terapia cognitiva*.

<sup>74</sup> A.T. BECK, *Principi di terapia cognitiva*, 161.

<sup>75</sup> A.T. BECK, *Principi di terapia cognitiva*, 161.

<sup>76</sup> A.T. BECK, *Principi di terapia cognitiva*, 161.

<sup>77</sup> A.T. BECK – G. EMERY, *L'ansia e le fobie*.

<sup>78</sup> A.T. BECK – G. EMERY, *L'ansia e le fobie*, 202.

<sup>79</sup> A.T. BECK – G. EMERY, *L'ansia e le fobie*, 203.

<sup>80</sup> A.T. BECK – G. EMERY, *L'ansia e le fobie*, 20-23.

<sup>81</sup> A.T. BECK – G. EMERY, *L'ansia e le fobie*, 46-47.

<sup>82</sup> A.T. BECK – G. EMERY, *L'ansia e le fobie*, 218-238.

le mira proprio all'individuazione e alla correzione dei *bias cognitivi*, considerati cause del malessere emotivo della persona. È chiaro che tale approccio psicoterapeutico può certamente convivere con un atteggiamento empatico ed accogliente che anzi promuove l'apertura del paziente al racconto, anche minuzioso, della sua personale storia, ma può altresì dirigere – e ritengo anche abbastanza facilmente – la seduta verso un orientamento *quasi intellettualistico* che potrebbe non coinvolgere “tutto l'uomo”, per così dire, ma solo le “teste” e del terapeuta e del paziente, senza creare quel legame e quell'immedesimazione profonda che invece nel *counseling rogersiano* soprattutto avevano un posto di primo piano.

### III. L'APPROCCIO FENOMENOLOGICO

Vorrei fare qualche accenno all'approccio fenomenologico<sup>83</sup>. Mi sembra, infatti, che in questo, per certi versi *rivoluzionario*, approccio alle sofferenze interiori dell'uomo la capacità di superare ogni tipo di categorizzazione e inquadramento nosografico e di annullare la distanza medico-paziente facendo sì che il primo riesca ad entrare nel *mondo* del secondo per cercare di coglierne le strutture fondamentali, costituiscano degli aspetti di primaria importanza. Nella psichiatria fenomenologica, infatti, la relazione empatica e l'accoglienza dell'Altro assumono il valore di principi imprescindibili a partire dai quali impostare la pratica psichiatrica. Più precisamente mi pare che l'approccio psichiatrico-fenomenologico sia fondato su due importantissimi pilastri, che per il tema che ho affrontato in questo lavoro acquistano quasi un *valore paradigmatico*: a) l'inesauribilità delle dimensioni interiori dell'uomo, irriducibili ad una mera struttura neurobiologica<sup>84</sup> e b) l'imprescindibile relazione con il *mondo del paziente*, senza il quale il significato profondo del suo malessere risulterebbe *incomprensibile*. Anche dalla prospettiva fenomenologica la *comprensione dell'umano* non si esaurisce nell'oggettivante pratica diagnostica che intrappola il paziente in griglie nosografiche *riducendolo ai suoi sintomi*, ma si realizza, senza mai concludersi definitivamente, nelle *indeterminate possibilità di viaggio all'interno di quel misterioso e labirintico mondo della soggettività umana*. Solo a questa condizione è possibile il riscatto della «psicologia dalla psicofisiologia»<sup>85</sup> nel pieno rispetto della multiforme, e a tratti inaccessibile, natura umana. Una simile concezione dell'umana natura è alla base del necessario rispetto del mistero dell'uomo. Sul secondo pilastro, invece, ha insistito molto, fra gli altri, soprattutto L. Binswanger<sup>86</sup>.

<sup>83</sup> Sulla psichiatria fenomenologica si vedano: U. GALIMBERTI, *Psichiatria e fenomenologia*; C. SINI, *La fenomenologia*, 243-279; J.H. VAN DEN BERG, *Fenomenologia e psichiatria*.

<sup>84</sup> K. JASPERS, *Psicopatologia Generale*, 797.

<sup>85</sup> U. GALIMBERTI, *La casa di psiche*, 238.

<sup>86</sup> L. BINSWANGER, *La psichiatria come scienza dell'uomo*, 45.

Binswanger ha acutamente sostenuto che «la psicologia non ha a che fare con un soggetto privo del suo mondo [*weltloses Subjekt*] perché un simile soggetto non sarebbe altro che un oggetto»<sup>87</sup>, come invece lo considerano gli *psichiatri organicisti*. È a partire da questa importante considerazione che può essere compreso il principio metodologico della psichiatria fenomenologica che raccomanda allo specialista, come direbbe Rogers, di «raggiungere lo schema di riferimento del cliente, per arrivare al centro del suo stesso campo percettivo», e di cercare «il criterio di comprensione dell'esistenza nell'esistenza stessa, che nel suo modo di vedere (*Umsicht*) e di indicare il significato (*Bedeutung*) delle cose, offre da sé la chiave interpretativa del proprio modo di essere-nel-mondo»<sup>88</sup>.

In quest'ultimo, importante, passo Binswanger ha voluto mettere in luce un aspetto importante dell'approccio fenomenologico-esistenziale della psichiatria, e cioè la necessità per lo psichiatra di tentare d'intendere l'esistenza «al limite» del paziente non a partire da astrazioni e concetti scientifici *estranei ad essa*, ma proprio a partire dall'esistenza stessa del paziente: è per questo che ogni esistenza offre da sé la chiave per essere compresa fino in fondo. Inoltre Binswanger, proprio all'inizio della sua già citata conferenza, sostiene che «il terreno su cui la psichiatria come *scienza* autonoma può radicarsi non è né l'anatomia e la fisiologia del cervello, né la biologia, né la psicologia, la caratteriologia e tipologia in genere, né ancora la scienza della «persona», ma l'uomo»<sup>89</sup>.

È l'uomo il punto focale dell'approccio fenomenologico della psichiatria. L'uomo non ridotto, come ha scritto Binswanger, né alla sua biologia né alla sua fisiologia, *ma l'uomo immerso nella sua complessa struttura esistenziale, con una storia di significati irriducibili e fucina di questioni di senso*; non potrebbe essere altrimenti dal momento in cui, come ha sostenuto ancora lo psichiatra svizzero, «l'essererci è essenzialmente storicità [*Geschichtlichkeit*]»<sup>90</sup>. È proprio questa storicità dell'essererci che il terapeuta cerca di condividere con il paziente ponendosi come «*deuteragonista* [*Mitspieler*] sulla scena del mondo dei malati di mente, del loro linguaggio e dei loro simboli per ricondurli gradualmente – dedicando loro grande pazienza, coraggio e tempo – al linguaggio e al mondo dell'esperienza naturale»<sup>91</sup>.

Le immagini dello psichiatra come *deuteragonista* o come compagno di esistenza [*Mitdasaiende*]<sup>92</sup> del paziente vogliono significare proprio quella profondissima interconnessione tra terapeuta e uomo sofferente necessaria a rendere

<sup>87</sup> L. BINSWANGER, *Per un'antropologia fenomenologica*, 101.

<sup>88</sup> U. GALIMBERTI, *Psichiatria e fenomenologia*, 225.

<sup>89</sup> L. BINSWANGER, *La psichiatria come scienza dell'uomo*, 37.

<sup>90</sup> L. BINSWANGER, *La psichiatria come scienza dell'uomo*, 54.

<sup>91</sup> L. BINSWANGER, *La psichiatria come scienza dell'uomo*, 55.

<sup>92</sup> L. BINSWANGER, *La psichiatria come scienza dell'uomo*, 49.

umana la *cura* e a sintonizzare, per così dire, i due uomini impegnati in essa su di un medesimo piano comune, quello dell'umanità, senza squilibri o dislivelli. Questi aspetti hanno particolare importanza anche nelle lucide e profonde riflessioni di E. Borgna, noto psichiatra italiano, il quale ha più volte sostenuto, tra le altre cose, la necessità di distinguere tra *cura* e *terapia*, e di pensare quest'ultima nell'orizzonte più *ampio*, più *profondo* e più *umano* della prima, cioè della cura<sup>93</sup>. «La cura», ha scritto Borgna, «ha orizzonti molto più vasti, e molto più camaleontici, che non quelli della terapia»<sup>94</sup>, sebbene siano possibili, e a volte anche necessari, gli sconfinamenti dell'una nell'altra. *La cura è un avvicinamento al destino dell'Altro da noi* e che naturalmente ci porta a stretto contatto con chi si pone di fronte, in un sentire comune umano e fortemente viscerale, compassionevole e caloroso, rispettoso e sincero. La terapia, peraltro necessaria in molti casi, è attenzione agli aspetti biologici della sofferenza dell'altro, ma in ogni caso essa va inserita «nel più vasto orizzonte della cura», in quella «comunità di destino» che lega, o dovrebbe legare, «chi cura e chi è curato»<sup>95</sup>.

Ritroviamo così, al fondo di questo indirizzo terapeutico, l'*empatia*, e la ritroviamo nella sua massima espressione, sotto forma di cura per l'Altro e riconoscimento dell'Altro. La psichiatria fenomenologica può essere quindi intesa come un prolungamento, su *basi scientifiche* certo, delle quotidiane attenzioni che ogni giorno si rendono necessarie nelle sane relazioni interpersonali del mondo-della-vita. È proprio questo costante riferimento al mondo-della-vita, promosso peraltro dallo stesso Husserl e che le psichiatrie organiciste hanno decisamente accantonato a favore delle astrazioni scientifiche e dei modelli neurofisiologici, a costituire il punto nevralgico e centrale della pratica psichiatrica fenomenologica<sup>96</sup>.

È proprio questa interrogazione del mondo-della-vita del paziente a costituire la strada, non banale e soprattutto non scontata, della comprensione profonda del *suo* disagio. Comprensione che, bisogna infine ricordarlo, non significa altro che il tentativo di cogliere il mondo psichico del soggetto che ci sta di fronte a partire «dal di dentro», vale a dire dal *suo* versante<sup>97</sup>, e cioè, per usare il linguaggio husserliano, a partire dal «suo modo di essere al mondo», che è irripetibile ed unico.

<sup>93</sup> E. BORGNA, *La solitudine dell'anima*, 101.

<sup>94</sup> E. BORGNA, *La solitudine dell'anima*, 101.

<sup>95</sup> E. BORGNA, *La solitudine dell'anima*, 101. 102. Cfr. anche 97.

<sup>96</sup> E. HUSSERL, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, 243. Cfr. anche 235.

<sup>97</sup> K. JASPERS, *Psicopatologia Generale*, 30.

## CONCLUSIONI

In questo modesto lavoro ho tentato di mostrare, e spero di essermi perlomeno avvicinato alla mèta prefissata all'inizio, come all'empatia venga riconosciuta, almeno in certi indirizzi psicoterapeutici una *forza curativa* straordinaria. È stato sorprendente scoprire come nel *counseling rogersiano*, ad esempio, l'atteggiamento empatico e il tentativo di comprensione dell'Altro, fondato sull'ascolto non giudicante e sulla capacità del consultore di porsi nel campo percettivo del cliente, siano addirittura elementi sufficienti per giovare al malessere dell'Altro. In linea generale mi sento di poter affermare che ogni indirizzo terapeutico, a prescindere dalla sua specificità e dai suoi elementi peculiari, deve tener conto, nel momento dell'incontro terapeutico col paziente, di quell'«antropo-logica»<sup>98</sup> della quale ha parlato la Manganaro. Una logica umana, rispondente ai veri bisogni dell'uomo, e non una logica tecnocratica e ideologica, ben distante dall'umano sentire. Una logica terapeutica, dunque, rispettosa dei *tempi umani*, non sempre lineari e costanti, ma soggetti al rallentamento e all'arresto oppure all'ansiosa e frenetica accelerazione, una logica rispettosa del bisogno – questo sì, prerogativa *esclusivamente umana* – di ascolto e *dialogo*, non sempre verbale, ma spesso anche silenzioso e misterioso, mediato da sguardi, atteggiamenti e silenzi *assolutamente inintelligibili in un orizzonte psichiatrico organicista*:

Solo all'interno di questa esperienza-del-Noi, il corpo dell'Altro e i suoi movimenti divengono dotati di senso per il partner con il quale si è sintonizzati.<sup>99</sup>

Il *senso* del disagio del paziente, però, è per il terapeuta piuttosto un *punto di arrivo*. Stanghellini, ad esempio, indica ben «cinque passi fondamentali» per avvicinarsi rispettosamente al mondo dell'Altro per cercare di coglierne, pur consapevoli dei limiti di tale tentativo, il senso più intimo o, per dirla proprio con le sue parole, l'«invisibile ordine semantico del mondo in cui l'Altro vive».

Ebbene, questi cinque passi sono:

1. «Riconoscere che il mondo della vita dell'altra persona non coincide con il mio»;
2. «Riconoscere che il significato delle azioni dell'Altro è relativo al suo mondo della vita»;
3. «Imparare a neutralizzare il mio atteggiamento naturale, che mi porterebbe a valutare e a giudicare l'esperienza dell'Altro come se avesse un mondo uguale al mio»;
4. «Provare a ricostruire le strutture esistenziali del mondo in cui l'Altro vive»;

<sup>98</sup> P. MANGANARO, *Empatia*, 80.

<sup>99</sup> G. STANGHELLINI, *Noi siamo un dialogo*, 73.

5. «Cercare di comprendere il significato dell'esperienza dell'Altro come esperienza situata in un mondo che è di fatto simile al mio, ma anche costantemente e indelebilmente segnato dalla particolare esistenza dell'altra persona»<sup>100</sup>.

Ciò che emerge da questa *fenomenologia del percorso terapeutico*, che è sempre un percorso di rispettoso e graduale avvicinamento all'Altro, al suo mondo, al suo sentire e alle sue strutture esistenziali, è la *dialettica tra identico e diverso, tra originario e non originario, tra familiare ed estraneo* che già nell'opera di E. Stein emergeva con massima chiarezza. L'atto empatico, ha magistralmente scritto la filosofa, che dovrebbe guidare e orientare la pratica terapeutica, è «originario» nella misura in cui è un «vissuto presente» (dello specialista, nel nostro discorso), ma è «non-originario per il suo contenuto»<sup>101</sup>, che appartiene originariamente al paziente. È una capacità straordinaria quella dell'empatia, in quanto permette di stare *al posto* del soggetto empatizzato<sup>102</sup>, ma conservando pur sempre la propria identità (nella fattispecie l'identità di specialista).

Vorrei concludere con un'analogia: in ambito teologico cristiano si dice che la *grazia non annulla la natura, ma la perfeziona*; analogicamente noi potremmo affermare che l'empatia, lungi dal neutralizzare la precisione e l'oggettività scientifica della pratica medico-terapeutica, invece la completa, la *umanizza*, le concede ulteriori possibilità altrimenti inedite: la perfeziona, per l'appunto, rendendola capace di curare la persona prima ancora che il disturbo.

Istituto Teologico Cosentino "Redemptoris Custos" Francesco Luigi GALLO  
87100 Cosenza,  
Via Vittorio Accattatis, 4  
gfrancescoluigi@gmail.com

## RIASSUNTO

In questo studio l'autore presenta la rilevanza trasversale della tematica dell'empatia nei diversi indirizzi terapeutici. In quanto fondamento ultimo della relazionalità umana, l'empatia viene considerata come risorsa imprescindibile per ogni relazione d'aiuto (dal *counseling* rogersiano alla psichiatria fenomenologica) che intende riconoscere un significato esistenziale alle sofferenze interiori, tenendo a distanza ogni tentazione di riduzionismo neurobiologico. La relazione psicoterapeutica viene quindi

<sup>100</sup> G. STANGHELLINI, *Noi siamo un dialogo* 74.

<sup>101</sup> E. STEIN, *Il problema dell'empatia*, 77.

<sup>102</sup> E. STEIN, *Il problema dell'empatia*, 78.

intesa dall'autore come paradigma autentico di ogni relazione che valorizza la persona a prescindere da ogni altra condizione di diversità, minorazione o sofferenza.

*Parole chiave:* Empatia – psicoterapia – dialogo – C. Rogers – empatia clinica – psichiatria fenomenologica

## ABSTRACT

In this study, the author presents the transversal relevance of the theme of empathy in the various therapeutic directions. As the ultimate foundation of human relationality, empathy is considered an essential resource for any helping relationship (from Rogersian counseling to phenomenological psychiatry) which intends to recognize an existential meaning to inner suffering, keeping at a distance any temptation for neurobiological reductionism. The psychotherapeutic relationship is therefore understood by the author as an authentic paradigm of every relationship that values the person regardless of any other condition of diversity, impairment or suffering.

*Keywords:* Empathy – psychotherapy dialogue – C. Rogers – clinical empathy – phenomenological psychiatry

## BIBLIOGRAFIA

- ACHENBACH G.B., *La consulenza filosofica. La filosofia come opportunità per la vita*, Milano: Apogeo 2004.
- ANDRÉ C., *Chi ha paura della paura? Riconoscere e affrontare timori, angosce e fobie*, trad. it. L. Corradini Caspani, Milano: TEA 2005.
- BECK A. T., *Principi di terapia cognitiva. Un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi*, trad. it. G. Sacco, Roma: Astrolabio 1984.
- BECK A. T. – EMERY G., *L'ansia e le fobie. Una prospettiva cognitiva*, trad. it. G. Sacco, Roma: Astrolabio 1988.
- BELLINGRERI A., *Per una pedagogia dell'empatia*, Milano: Vita e Pensiero 2005.
- BERGER D. M., *L'empatia clinica*, trad. it. L. Baldaccini, Roma: Astrolabio 1989.
- BINSWANGER L., *La psichiatria come scienza dell'uomo*, M.B. D'IPPOLITO, ed., Milano: Mimesis 2013.
- BINSWANGER L., *Per un'antropologia fenomenologica*, F. GIACANELLI, ed., prefazione di U. Galimberti, Milano: Feltrinelli 1970.
- BOELLA L., *Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia*, Milano: Raffaello Cortina 2006.
- BORGNA E., *Le intermittenze del cuore*, ed. digitale, Milano: Feltrinelli 2008.

- BORGNA E., *La solitudine dell'anima*, Milano: Feltrinelli 2013.
- EHRENBERG A., *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*, prefazione di E. Borgna, versione digitale, Torino: Einaudi 2010.
- FRANKL V. E., *Alla ricerca di un significato della vita. I fondamenti spiritualistici della logoterapia*, E. FIZZOTTI, ed., Milano: Mursia 1974.
- GALIMBERTI U., *Psichiatria e fenomenologia*, Milano: Feltrinelli 2011.
- GALIMBERTI U., *La lampada di Psiche*, P. BELLI, ed., Bellinzona: Edizioni Casagrande 2001.
- GALIMBERTI U., *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Milano: Feltrinelli 2011.
- GALIMBERTI U., *La casa di psiche. Dalla psicoanalisi alla pratica filosofica*, Milano: Feltrinelli 2008.
- HUSSERL E., *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, trad. it. E. Filippini, prefazione di E. Paci, Milano: Il Saggiatore 2008.
- JASPERS K., *Psicopatologia Generale*, R. PRIORI, ed., Roma: Il Pensiero Scientifico 2000.
- MANGANARO P., *Empatia*, Padova: Edizioni Messaggero 2014.
- NATOLI S., *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Milano: Feltrinelli 2002.
- POLLASTRI N., *Consulente filosofico cercasi*, Milano: Apogeo 2007.
- ROGERS C.R., *Terapia centrata sul cliente*, L. LUMBELLI, ed., Firenze: La Nuova Italia 1997.
- ROGERS C.R., *Verso un moderno approccio ai valori: il processo di assegnazione di valore nella persona umana* in C.R. ROGERS – B. STEVENS, *Da persona a persona. Il problema di essere umani*, trad. it. S. Maddaloni, 2007.
- SCOLA A. – REALE G., *Il valore dell'uomo*, Milano: Bompiani 2007.
- SINI C., *La fenomenologia*, Milano: Garzanti 1965.
- STANGHELLINI G., *Noi siamo un dialogo. Antropologia, psicopatologia, cura*, Milano: Raffaello Cortina 2017.
- STEIN E., *Il problema dell'empatia*, E. COSTANTINI – E. SCHULZE COSTANTINI, ed., Roma: Studium 2017.
- VAN DEN BERG J. H., *Fenomenologia e psichiatria*, Milano: Bompiani 1961.