

Abstract: *Empathy, Ethics and Psychoanalytic Treatment*

The contribution aims to investigate the role of empathy into psychoanalysis and, consequently, if and how Freudian psychoanalysis can offer a theoretical model for interpreting the role that empathy plays within ethical reflection. For this reason, it will be necessary, at first, to investigate if it is really possible to talk about empathy within the psychoanalytic technique and, then, to investigate how Freudian technique uses empathy. Finally, by relating the two essays *Recommendations to physicians practising psycho-analysis* (1912) and *On Beginning the Treatment* (1913), empathy appears like a paradoxical node in Freudian reflection: on the one hand, a necessary tool for starting the analytic relationship, but, at the same time, on the other hand, an object necessarily excluded from the technique for ending the analytic relationship.

Keywords: Empathy, Ethics, Freud, Lipps, Psychoanalysis

Il nesso tra empatia lippsiana ed empatia freudiana si rende particolarmente evidente nella descrizione teorica della comicità che Freud offre ne *Il motto di spirito*, questa connessione teorica, però, non dimostra ancora nulla, di per se stessa, relativamente al ruolo che l'empatia gioca, potrebbe o dovrebbe giocare, all'interno del trattamento psicoanalitico. Eppure, comprendere il ruolo dell'empatia all'interno del *setting* è forse l'aspetto di maggiore interesse, soprattutto etico-filosofico, di una simile problematica: la psicoanalisi, in quanto prassi terapeutica, è soggetta, come ogni altra prassi terapeutica, a delle precise limitazioni e/o prescrizioni di natura etica. Un medico che sostenesse di curare il cancro con del succo di limone, oltre ad essere considerato un pessimo medico e andare incontro a problemi di natura giuridica, dovrebbe anche affrontare valutazioni e giudizi che coinvolgerebbero aspetti e considerazioni di natura etica. Nel caso della psicoanalisi, inoltre, è forse opportuno notare che, essendo una prassi terapeutica orientata al trattamento di alcune patologie psichiche, risente, nelle considerazioni etico-pratiche, di complicazioni forse addirittura maggiori rispetto alla medicina del corpo, condividendo questo destino con tutte le altre forme di psicoterapia. Per offrire un esempio di quanto il problema della tecnica psicoterapeutica implichi inevitabilmente anche problemi di natura etica, potrebbe essere utile riportare alla memoria una questione che ha coinvolto lo stesso Freud, sebbene solo esternamente.

All'inizio del 1920 la neonata Repubblica Austriaca sorta dalle ceneri dell'Impero austro-ungarico apre un'inchiesta sul comportamento degli psichiatri che avevano prestato servizio nell'esercito e sui loro metodi terapeutici durante gli anni di guerra. In particolare, la Repubblica Austriaca intendeva indagare ed eventualmente dimostrare in che termini fosse possibile parlare di tortura operata dagli psichiatri nei confronti dei soldati. Durante la prima guerra mondiale, infatti, si erano registrati, su tutti i fronti e all'interno di ogni esercito, numerosi casi di nevrosi di guerra. Nel 1918 Simmel aveva pubblicato un libro sull'argomento¹ e nel 1919 lo stesso Simmel, insieme agli psicoanalisti Abraham, Ferenczi e Jones avevano riunito le loro ricerche sul tema pubblicando un volume collettaneo², arricchito da una prefazione scritta da Freud. Le

* Università della Calabria.

¹ Simmel (1918).

² Simmel, Ferenczi, Abraham, Jones (1919).

nevrosi di guerra erano disturbi psichici che, esattamente come le nevrosi in tempo di pace, non erano collegati, proprio in quanto nevrosi, ad alcun malfunzionamento cerebrale o fisiologico. È facile immaginare che una società come quella europea di inizio Novecento, compresi gli psichiatri, ovvero una società che, anche durante gli anni di pace, accusava le persone affette da sintomi isterici di stare solamente fingendo i loro malesseri, a maggior ragione avrebbe accusato di finzione deliberata anche un soldato in tempo di guerra. Capitava spesso, quindi, che un soldato al fronte venisse mandato nelle retrovie per farsi curare da uno psichiatra che prestava servizio nell'esercito e, quest'ultimo, riusciva a far sparire molto velocemente i sintomi del soldato e quindi rispedirlo, sano ed efficiente, al fronte. Queste guarigioni miracolose e fulminee, spesso, erano causate dall'utilizzo da parte dello psichiatra di veri e propri strumenti di tortura, in particolare erano terapie basate sulla somministrazione intensa e prolungata di elettroshock. Nel momento in cui il soldato, a seguito dell'elettroshock subito, guariva, il medico poteva confermare la diagnosi e dimostrare che il soldato aveva semplicemente simulato i sintomi.

Freud, totalmente estraneo a questo genere di trattamento, così come totalmente estraneo all'esercizio della sua professione in ambiente militare, venne chiamato dalla Commissione di inchiesta della Repubblica Austriaca a fornire una perizia esterna su un tale genere di prassi terapeutica. Come prevedibile, essendo la psicoanalisi un procedimento che, anche in tempo di pace, non si fonda sul presupposto che i pazienti nevrotici fingano i loro sintomi, Freud prende apertamente posizione contro un tal genere di trattamento terapeutico basato sulla tortura, arrivando a esprimere una vera e propria condanna morale oltre che strettamente tecnica, tanto del trattamento illecito, quanto della guerra che l'aveva richiesto³.

È chiaro quindi che la questione relativa alla tecnica terapeutica adottata non è una questione meramente tecnica, ma anche inevitabilmente etica⁴. Non si può fare appello alla maggiore efficacia terapeutica di una tecnica per giustificarla anche dal punto di vista etico. Nel caso dell'elettroshock e della tortura è relativamente semplice esprimere un giudizio di condanna e considerare irrilevante qualsiasi successo terapeutico ottenuto con tali mezzi. Le cose sono decisamente più complicate quando si cerca di esprimere un giudizio sulla tecnica psicoanalitica e sul ruolo che, all'interno di questa tecnica, gioca l'empatia.

1. Difficoltà tecniche

Affrontare un discorso sul ruolo dell'empatia all'interno della tecnica psicoterapeutica adottata dalla psicoanalisi presenta diverse problematiche che è necessario chiarire preliminarmente rispetto a questo intento. Prima di tutto bisogna prendere in considerazione la tesi secondo cui solo chi pratica la psicoanalisi o chi si è sottoposto ad analisi, sia legittimato ad affrontare questioni di natura tecnica. Questo genere di argomentazione è stata spesso usata da alcuni apologeti di alcune scuole psicoanalitiche nei confronti di alcuni presunti critici di quelle stesse scuole; basti pensare allo scontro tra Ricoeur e gli psicoanalisti lacaniani a lui contemporanei. Tuttavia, è sufficiente adoperare una semplice comparazione per risolvere il problema: così come non è necessario aver operato o aver subito dei metodi di tortura per poter esprimere un giudizio di condanna in merito, analogamente non è necessario essere psicoanalisti o essersi sottoposti ad analisi per esprimere un giudizio, di natura etico-filosofica, riguardante la tecnica psicoanalitica. Del resto non si discute qui di problemi meramente

³ Freud (1989), pp. 173-174.

⁴ Cfr. Etchegoyen (1990), p. 28: «Si può perfino affermare che l'etica è una parte della tecnica; oppure che la radice etica è ciò che dà senso e coerenza alle norme tecniche della psicoanalisi. Nella teoria scientifica della psicoanalisi l'etica si integra non come una semplice aspirazione morale ma come una necessità della sua prassi».

tecnici, ma piuttosto di alcuni aspetti sì tecnici, ma considerati a partire da una prospettiva etico-filosofica.

Un secondo ordine di problemi che si presenta quando si intraprende il tentativo di considerare le implicazioni etiche relative al ruolo dell'empatia all'interno della tecnica psicoanalitica, è costituito dalla possibilità, o dall'impossibilità, di poter parlare di un'unica tecnica psicoanalitica. Dal tronco della psicoanalisi freudiana, infatti, si diramano numerose scuole di ispirazione psicoanalitica, le quali differiscono tra loro e con quella freudiana, tanto a livello teorico, quanto a livello tecnico. La scuola di ispirazione psicoanalitica che più di tutte si è concentrata sul tema dell'empatia è indubbiamente la psicologia del Sé di Heinz Kohut⁵, ma proprio in quanto scuola a sé stante, quest'ultima abbraccia una teoria e adotta una tecnica che, sebbene mantengano un legame con l'impostazione freudiana, variano a tal punto da non potersi considerare propriamente psicoanalitiche. Anche all'interno dell'*International Psychoanalytical Association* (IPA), però, sussistono diverse interpretazioni e sfumature che, sebbene si mantengano tutte entro un orizzonte comune, complicano però il quadro e rendono difficile affrontare la questione relativa all'empatia nella tecnica analitica. Per rendere l'idea di quanto le posizioni dell'IPA siano diverse e non necessariamente rappresentative di un'ortodossia rigorosamente freudiana basta accennare al fatto che, ancora oggi, è l'interpretazione dell'empatia di Ferenczi quella che raccoglie maggiori consensi, e in particolare, quella espressa nel saggio *Elasticità della tecnica psicoanalitica*⁶. Infine, bisogna anche considerare che, proprio in ragione delle diverse interpretazioni, del continuo lavoro di ricerca e delle inevitabili modificazioni teoriche e tecniche dovute proprio a quel lavoro di ricerca, anche il tema dell'empatia in psicoanalisi continua a rimanere un problema aperto e suscettibile di ulteriori integrazioni⁷, rendendo impossibile prendere in considerazione un tal genere di problematica come se fosse un dato ormai acquisito e cristallizzato con cui poter procedere in un lavoro di indagine etico-filosofico.

Per risolvere anche questo problema, allora, è necessario limitare la questione del tema dell'empatia all'interno della tecnica psicoanalitica esclusivamente freudiana, intendendo con quest'ultima soltanto i testi in cui Freud affronta il problema dal punto di vista tecnico. Restringendo quindi il campo d'indagine alle sole opere freudiane in cui vengono affrontate problematiche di natura tecnica, ci si può dunque interrogare sulla possibilità che esista un ruolo dell'empatia all'interno di questa specifica tecnica psicoterapeutica e, in caso positivo, su quali siano i modi e i tempi del suo utilizzo.

2. Tecnica anempatica

Nel suo *L'empatia psicoanalitica*⁸, Stefano Bolognini afferma di non essersi «lasciato intimorire», durante il suo tentativo di trattare il tema dell'empatia in psicoanalisi, «da una critica di fondo, ascoltata in un paio di occasioni congressuali: quella relativa al non costituire l'empatia un concetto “psicoanalitico”»⁹. Se uno psicoanalista del calibro di Bolognini, già presidente della *Società psicoanalitica italiana* (SPI) e, dal 2010 al 2017, presidente dell'*International Psychoanalytical Association* (IPA), non si è lasciato intimorire da una tale critica, ciò significa dunque che era necessaria una certa dose di coraggio per affrontare una questione come quella dell'empatia psicoanalitica e, quindi, che la critica relativa al non costituire l'empatia un concetto psicoanalitico è una critica che, sebbene sia possibile respingere, come ha fatto Bolognini, si presenta dopo tutto come una critica almeno in prima istanza fondata e ragionevole. Prima di prendere in considerazione il tema dell'empatia all'interno della tecnica psicoanalitica freudiana,

⁵ Cfr. Kohut (2003).

⁶ Ferenczi (2002), pp. 23-34.

⁷ Per una ricognizione abbastanza esauriente, si veda Etchegoyen (1990), pp. 312-322.

⁸ Bolognini (2002).

⁹ Ivi, p. 18.

dunque, è forse opportuno mettere in evidenza le ragioni che hanno condotto molti psicoanalisti a non considerarla un concetto psicoanalitico.

In un articolo pubblicato sul *Journal of American Psychoanalytic Association*, Vittorio Gallese, Paolo Migone e Morris Eagle sostengono che la scoperta dei neuroni specchio «non è una nuova idea»¹⁰, ma, piuttosto la conferma scientifica e sperimentale delle intuizioni di alcuni illustri predecessori. Secondo questi neuroscienziati, psicoanalisti e filosofi della scienza, «molto prima della scoperta del sistema dei neuroni specchio, questa idea fondamentale era stata già proposta da Freud (1912) [...] e da Lipps (1903)»¹¹. I riferimenti esplicitamente indicati sono *Einfühlung, innere Nachahmung und Organempfindungen*, nel caso di Lipps e *Recommendations to physicians practising psycho-analysis*, nel caso di Freud. Per quanto riguarda Lipps il riferimento è effettivamente calzante, poiché il meccanismo dell'imitazione interna [*innere Nachahmung*] può essere davvero considerato un'anticipazione intuitiva di ciò che in seguito verrà confermato sperimentalmente attraverso la scoperta dei neuroni specchio. Nel caso del riferimento a Freud, invece, la situazione è più complicata. È vero che Freud è stato molto influenzato da Lipps e che mutua da quest'ultimo tanto il concetto di empatia [*Einfühlung*], quanto quello di imitazione interna, soprattutto nello scritto *Il motto di spirito*, sebbene l'imitazione interna venga chiamata da Freud mimica rappresentativa e, analogamente, è altrettanto vero che esistono dei margini per considerare, tanto Lipps quanto Freud, dei precursori della scoperta dei neuroni specchio, seppur in modo intuitivo e non dimostrato sperimentalmente. Tuttavia, ciò che appare quantomeno singolare è che gli studiosi non si riferiscano a *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio*, come sarebbe forse opportuno, bensì a uno scritto tecnico come *Recommendations to physicians practising psycho-analysis*. Il motivo per cui questa scelta può essere considerata una scelta quantomeno singolare, è da ricondursi al fatto che, a differenza di ciò che avviene con *Il motto di spirito*, non soltanto non ci sono particolari ragioni che evidenzino il valore anticipatorio di *Recommendations to physicians practising psycho-analysis*, nel senso di precursore della scoperta dei neuroni specchio, ma, al contrario, si potrebbe addirittura parlare di questo scritto come di un elemento utile ai critici di Bolognini che considerano l'empatia un concetto non psicoanalitico.

Prendendo in considerazione *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico* è possibile notare come Freud sconsigli, al «giovane e fervido psicoanalista»¹² di adottare un metodo che potrebbe definirsi empatico e, soprattutto, come sconsigli di avere un approccio paritetico con il paziente.

Si dovrebbe pensare che sia senz'altro ammesso, anzi opportuno per il superamento delle resistenze nel malato, che il medico gli offra la possibilità, facendogli delle confidenze sulla propria vita, di gettare uno sguardo sui difetti e i conflitti psichici di cui egli pure soffre ponendolo così in condizioni di parità. Una fiducia infatti vale l'altra e chi esige intimità da qualcuno deve pure dimostrargliene a sua volta. Nel rapporto psicoanalitico però, parecchie cose si svolgono diversamente da come sarebbe lecito attendersi in base ai presupposti della psicologia della coscienza¹³.

Un tal genere di atteggiamento paritetico e di confidenza reciproca, secondo Freud, è più vicino ai trattamenti suggestivi che non alla psicoanalisi, la cui tecnica, invece, nasce proprio dall'abbandono dell'ipnosi e costituisce proprio il tentativo di adoperare una tecnica assolutamente non suggestiva. Comunicare e condividere con il paziente la propria esperienza è, nella prospettiva freudiana, un atteggiamento che, nel migliore dei

¹⁰ Eagle, Migone, Gallese (2009), p. 560.

¹¹ «Long before the discovery of the mirror neuron system, this essential idea was proposed by Freud (1912) [...]; by Lipps (1903)» (ivi, p. 561, trad. mia).

¹² Freud (1912a), p. 538.

¹³ *Ibidem*.

casi, si rivela inutile, nel peggiore dei casi, invece, può rivelarsi addirittura dannoso ai fini terapeutici. L'inutilità sarebbe riconducibile al fatto che l'aumentata fiducia del paziente a seguito delle confidenze da parte del medico migliora sì la comunicazione di tutto ciò che il paziente ritiene problematico o intimo, ma ciò che è ritenuto tale dal paziente rappresenta soltanto la superficie cosciente dei problemi e delle resistenze, le quali, costituendosi nella prospettiva freudiana come elementi di natura inconscia, rimangono indipendenti e intangibili rispetto ad eventuali comunicazioni e condivisioni sul piano cosciente. Anzi, un tale atteggiamento produrrebbe, secondo Freud, un impantanamento intorno alle comunicazioni coscienti del paziente e un conseguente rallentamento del processo di scavo in direzione degli elementi inconsci.

Nel secondo caso, invece, quello che secondo Freud produrrebbe un vero e proprio danno, il rapporto paritetico e confidenziale potrebbe indurre il paziente a rovesciare i termini della relazione terapeutica, stimolando le comunicazioni da parte del medico e, quindi, sottraendosi al compito di analisi dei propri vissuti, con il conseguente rischio aggiuntivo di incentivare addirittura ulteriori processi di controtransfert provenienti dall'analista.

Per questi motivi Freud arriva alla formulazione del consiglio tecnico di rendersi opachi il più possibile, utilizzando delle espressioni che paradossalmente potrebbero giustificare tanto le critiche degli psicoanalisti all'uso dell'empatia all'interno del *setting*, quanto l'interesse di Gallese e dei neuroscienziati che ne hanno visto un'anticipazione dei neuroni specchio: «il medico dev'essere opaco per l'analizzato e come una lastra di specchio, mostrargli soltanto ciò che gli viene mostrato»¹⁴.

Il fatto che l'analista debba essere opaco per il paziente risulta evidente non soltanto dalle prescrizioni tecniche della psicoanalisi, ma anche dalla costruzione stessa del *setting* analitico: il medico siede alle spalle del paziente, ovvero fuori dal suo campo visivo, rendendosi così in un certo qual senso invisibile agli occhi dell'analizzando; analogamente, il paziente è incentivato a parlare e ad associare liberamente, mentre l'analista rimane per lo più in silenzio, riducendo così al minimo anche le stimolazioni acustiche; la posizione distesa, sul lettino, è concepita anch'essa per ridurre al minimo le stimolazioni corporee e le eventuali resistenze e affaticamenti provenienti dal corpo del paziente e, infine, qualsiasi contatto fisico fuoriesce anch'esso dal *setting*. Si potrebbe addirittura sostenere che anche il profumo dell'analista e della stanza debba essere ridotto ai minimi termini, così come l'abbigliamento personale del medico dovrebbe indirizzarsi verso la massima neutralità ed evitare qualsiasi forma di eccentricità o appariscenza. Ogni stimolazione, sia essa visiva, acustica, olfattiva o tattile, è ridotta a tal punto da poter dare l'impressione che l'analizzando si trovi sul lettino in una quasi completa solitudine e in uno stato di parziale deprivazione sensoriale.

Se si concepisce l'empatia come un coinvolgimento emotivo intersoggettivo, poche cose sembrano essere più lontane dall'empatia di quanto lo è il *setting* psicoanalitico: l'analista, rendendosi opaco, lascia metaforicamente solo il paziente, costringendolo kantianamente ad uscire dal suo stato di minorità e a fare affidamento soltanto sulle proprie forze. Si potrebbe dire, semplificando molto, che si entra in analisi a causa di una fissazione o regressione a uno stadio di sviluppo psichico infantile che conduce il soggetto a proiettare il proprio complesso edipico anche all'interno delle proprie relazioni sociali, compresa la relazione con l'analista che è concepita appositamente per ripetere e rielaborare quella situazione attraverso l'instaurazione del transfert, e se ne esce quando, tramite il percorso di analisi che poco empaticamente ha costretto il paziente alla fuoriuscita dallo stato di minorità, si conquista o si ripristina una maturità psichica che, in quanto tale, ha meno bisogno di rapporti empatici nel senso del bisogno di comprensione modellato sul modello del romanzo familiare. In effetti, la funzione specchio che viene assolta dall'analista è strettamente connessa con la *imago* familiare più che con i neuroni specchio: quando durante la relazione terapeutica si è instaurato il

¹⁴ Ivi, p. 539.

transfert, significa che il paziente trasla, nel senso di una traslazione geometrica, tutte le coordinate del suo rapporto familiare-edipico in una modalità isometrica nei confronti dell'analista. A sua volta, l'analista si limita a riflettere, come uno specchio, l'immagine che gli è stata proiettata addosso attraverso la traslazione, e ciò significa che l'analista non imita il paziente, neanche nel senso di una imitazione interna lippsiana o di una mimica rappresentativa affine al meccanismo dei neuroni specchio, l'analista non ripete i comportamenti dell'analizzando: se il paziente si rapportava alla sua *imago* familiare nei termini di una richiesta di aiuto, e ripete lo stesso meccanismo traslando la richiesta d'aiuto sull'analista, dall'altro lato, l'analista non risponde alla richiesta d'aiuto con la medesima richiesta d'aiuto, non offre un'imitazione fedele del comportamento del paziente, non attiva i suoi neuroni specchio in modo che rispondano alla richiesta imitando la richiesta, ma piuttosto si limita a mantenere la consueta neutralità indipendentemente dalle proiezioni, dalle richieste o dai comportamenti del paziente, rendendogli evidente che i mutamenti del rapporto analitico sono dovuti proprio alle proiezioni fantasmatiche del paziente stesso, della sua realtà psichica, e non a mutamenti della realtà effettiva di quella relazione terapeutica. La funzione specchio, quindi, non è intesa come la riproduzione dei comportamenti di un soggetto, il paziente, da parte di un altro soggetto, l'analista, come nel caso dei neuroni specchio che si attivano in un soggetto che osserva i comportamenti di un altro soggetto, bensì è intesa nel senso letterale di una superficie riflettente in cui un unico soggetto, solipsisticamente, ha la possibilità di osservare se stesso e le proprie peculiarità nello specchio. Così come tutti gli esseri umani hanno bisogno di una superficie riflettente per poter vedere il proprio volto, ovvero l'elemento principale che caratterizza la propria identità psicofisica, analogamente il trattamento psicoanalitico ha la pretesa di fungere da superficie riflettente dell'identità mentale-interna dei propri pazienti, di per se stessa inaccessibile senza l'ausilio della superficie riflettente offerta dall'analista. Infine, se si volesse insistere nel paragone con lo specchio, si potrebbe dire che così come esistono superfici riflettenti in natura, per esempio lo specchio d'acqua di un lago, analogamente potrebbero esistere delle superfici riflettenti per la mente anche nelle naturali relazioni spontanee tra gli esseri umani. Il contributo dell'analisi sarebbe dunque paragonabile a quello che gli specchi artificiali offrono rispetto agli specchi naturali, ovvero un contributo significativo se si pensa a tutto ciò che le superfici riflettenti artificiali hanno permesso per lo sviluppo tecnologico dell'umanità, dai telescopi ai retrovisori dell'auto, ma, al di là del paragone e del contributo offerto, un tal genere di funzione specchio nel trattamento analitico avrebbe comunque poco a che fare con l'empatia così come viene generalmente intesa e, forse ancor meno con i neuroni specchio.

3. *Empatia necessaria*

Nonostante il saggio freudiano *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico* conduca nella direzione di una esclusione totale del meccanismo empatico dal *setting* e dalla tecnica psicoanalitica, è pur vero che in altri testi è lo stesso Freud a riprendere il tema dell'empatia declinandolo nel senso di uno strumento tecnico contemporaneamente ausiliario ed esterno ma necessario e, quindi, interno al *setting* e alla tecnica psicoanalitica intesa in senso stretto.

Per comprendere in che termini si può parlare dell'empatia come di uno strumento ausiliario ma necessario della tecnica freudiana, è forse opportuno rivolgere l'attenzione a un breve ma denso scritto di natura tecnica, *Inizio del trattamento*, pubblicato solo pochi mesi dopo quel *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico* in cui l'empatia sembrava invece esclusa dal *setting*. Se si considera il rapporto terapeutico esclusivamente da un punto di vista empirico e per così dire esterno, è facile individuare l'inizio e la fine di un'analisi e farli coincidere con la prima e l'ultima seduta. Ma se si considera la psicoanalisi da un punto di vista più teorico e interno, le cose divengono immediatamente più complicate: la fine dell'analisi diviene un ideale regolativo della

ragione che, in quanto tale, non è raggiungibile¹⁵, un po' come irraggiungibile è il "dovere" espresso dal compito principale dell'analisi con la formula *wo Es war soll Ich werden* [dov'era l'Es deve divenire l'Io]¹⁶. Sebbene la realizzazione piena di questo ideale sia di per se stessa irraggiungibile, è però necessario, secondo Freud, individuare comunque una fine e un fine dell'analisi e, quindi, l'individuazione di un punto specifico empirico di questo percorso asintotico ideale; in questo senso «l'analisi deve determinare le condizioni psicologiche più favorevoli al funzionamento dell'Io; fatto questo, il suo compito può dirsi assolto»¹⁷. In ogni caso, l'individuazione di questo punto finale non è detto che coincida con l'ultima seduta.

Analogamente anche l'inizio del trattamento è altrettanto difficile da individuare e non coincide necessariamente con la prima seduta. Il concetto fondamentale del trattamento psicoanalitico è il concetto di traslazione: l'analisi inizia quando si instaura il transfert e si conclude quando il transfert si è sciolto. A questo punto, però, se l'inizio del trattamento coincide con l'instaurazione del transfert e non con la prima seduta, è necessario che nel periodo intermedio tra questi due momenti accada qualcosa che faciliti l'instaurazione del transfert, ed è proprio in questo periodo intermedio che entra in gioco l'empatia:

Non occorre far altro che lasciargli tempo [al paziente]. Se gli si dimostra un interesse serio, se si eliminano accuratamente le resistenze che compaiono all'inizio e si evitano passi falsi, il paziente sviluppa da solo tale attaccamento e inserisce il medico fra le *images* di quelle persone dalle quali è stato abituato a ricevere del bene. Naturalmente ci si può giocare questo primo successo se dall'inizio si adotta un punto di vista che non sia quello dell'immedesimazione/empatia [*Einfühlung*], per esempio un punto di vista moraleggiante, oppure se ci si atteggia a rappresentante o mandatario di una parte, per esempio dell'altro membro della coppia coniugale e simili¹⁸.

L'empatia viene quindi utilizzata come uno strumento propedeutico alla tecnica analitica vera e propria. In altri termini diviene un concetto analitico pur non essendo propriamente un concetto analitico; l'empatia fa parte della tecnica come propedeutica pur implicando e richiedendo la tecnica stessa il superamento dell'empatia¹⁹. Inoltre, se si tiene conto del fatto che una volta instauratosi il transfert l'analista assume la posizione neutrale e opaca descritta in precedenza, ovvero la funzione di specchio psichico, si capisce facilmente che l'empatia propedeutica descritta qui funge da esca per attirare il paziente all'interno del transfert.

Freud sostiene più volte che la tecnica psicoanalitica è una tecnica psicoterapeutica in grado di curare e di intervenire solo su determinate patologie psichiche e, queste, possono essere definite, nella prospettiva freudiana, nevrosi di traslazione²⁰; ovvero le

¹⁵ Cfr. Freud (1937), pp. 499-535.

¹⁶ Freud (1932), p. 190. Per una visuale completa sul problema di traduzione di questa frase, in particolare sul rovesciamento di significato operato dalla tradizione lacaniana e la sua ritraduzione in francese, si veda Palombi (2009), p. 149. Sul compito dell'analisi si vedano anche Freud (1915-1917), p. 444: «il compito del trattamento psicoanalitico può essere espresso nella formula: rendere cosciente tutto ciò che è inconscio in modo patogeno» e ivi, pp. 584-585: «Chissà che il nostro giovamento non consista nel sostituire l'inconscio con il cosciente, tradurre l'inconscio nel cosciente? Esatto, è così [...]. Possiamo esprimere il fine dei nostri sforzi in diverse formule: rendere cosciente l'inconscio, abolire le rimozioni, riempire le lacune della memoria; tutto questo mette capo alla stessa cosa»; e ivi, p. 603: «Mediante la caccia alla rimozione [...] riusciamo realmente [...] a trasformare in conscio l'inconscio».

¹⁷ Freud (1937), p. 532.

¹⁸ Freud (1913a), p. 349.

¹⁹ Cfr. anche Bolognini (2002), p. 37: «L'empatia diventa una condizione "sine qua non" per l'analisi, necessaria per consentire l'instaurarsi del transfert positivo e l'accesso all'interpretazione».

²⁰ Freud (1915-1917), pp. 593-594: «La traslazione ha questa importanza straordinaria (che per la cura è addirittura fondamentale) nelle isterie, nelle isterie d'angoscia e nelle nevrosi ossessive, le quali perciò vengono raggruppate, a ragione, sotto la comune denominazione di "nevrosi di traslazione"» e ivi, p. 596: «L'osservazione permette di riconoscere che chi soffre di una nevrosi narcisistica non ha la minima capacità

isterie, che sono anche il modello originario, le nevrosi ossessive e le nevrosi d'angoscia. Tutte le altre patologie psichiche in cui non si verifica l'instaurazione del transfert, restano inaccessibili alla tecnica psicoanalitica freudiana²¹.

Se, in questa prospettiva, non è possibile curare patologie psichiche in cui non è presente la traslazione, e se al fine dell'instaurarsi di quest'ultima è necessario un approccio empatico, allora si potrebbe pensare che le cose siano più complicate di quanto non appaia a tutta prima con l'esclusione dell'empatia dal terreno analitico. Freud sostiene più volte che, anche nel caso in cui la psicoanalisi dovesse dimostrarsi fallimentare sul piano terapeutico e venir superata da altre metodologie più efficienti e veloci, ciò non minerebbe comunque la sua validità teorica. Questo significa che, nella prospettiva freudiana, la psicoanalisi offre una teoria della mente in grado di comprendere potenzialmente ogni patologia psichica, sebbene poi sia in grado di curarne soltanto un numero limitato. L'esempio forse più celebre, da questo punto di vista, è il caso clinico del presidente Schreber, ovvero un caso descritto da Freud attraverso il ricorso all'autobiografia del soggetto in questione e spiegato nei termini di una paranoia che, del resto, è anche la diagnosi degli altri medici che ebbero in cura Schreber. Il caso è emblematico e significativo proprio perché non solo è un caso di persona che non è mai stata in analisi presso Freud, ma è anche un caso di persona affetta da una patologia, la paranoia, che pur se fosse stata in analisi presso Freud non avrebbe comunque potuto usufruire del metodo psicoanalitico freudiano per il trattamento della sua patologia psichica, eppure, nonostante questo, Freud è ugualmente sicuro di poter offrire una spiegazione ragionevole dell'etiologia di quel quadro patologico e di quella storia clinica. La possibilità di poter comprendere anche le patologie psichiche che si sottraggono all'intervento terapeutico dell'analisi, è data dal fatto che è possibile, sebbene molto complesso, poter empatizzare anche con i pazienti affetti da quelle patologie. L'empatia, dunque, prima ancora che uno strumento propedeutico e necessario della tecnica, si configura allora come fonte di conoscenza²² e comprensione della soggettività con la quale si entra in relazione.

Stando così le cose, però, si potrebbe obiettare che un tal genere di empatia verrebbe a costituirsi come un'empatia realmente intersoggettiva e, quindi, poco affine a quella psicologista di stampo lippsiano sulla quale è modellata quella freudiana. In realtà, a ben vedere, si tratta ancora di una variazione o di una sfumatura di quell'empatia radicalmente soggettivistica. La possibilità di comprendere la patologia psichica da cui è affetto l'altro è data dal fatto di avere precedentemente vissuto, in prima persona, la stessa patologia psichica, sebbene inconsciamente e sebbene in una modalità in un certo qual senso minore o di intensità più scarna. Dal punto di vista freudiano, infatti, praticamente tutte le patologie psichiche, siano esse nevrosi di traslazione o meno, sono in realtà delle regressioni e/o fissazioni a stadi precedenti dello sviluppo psicosessuale. Ogni essere umano, nel suo normale sviluppo psichico, attraversa durante l'infanzia ogni genere di patologia psichica, divenendo quindi potenzialmente in grado di poter empatizzare con quei soggetti che o si sono fermati a un determinato stadio dello sviluppo psichico o vi sono regrediti. La comprensione empatica dell'altro, dunque, è resa possibile dall'aver vissuto in prima persona un'esperienza psichica analoga. In altri termini, si potrebbe dire che la comprensione empatica dell'altro coincide, dal punto di vista freudiano, con la comprensione empatica del proprio vissuto; ragione che giustifica teoricamente anche la pratica dell'analisi didattica, poiché l'analista che è stato a sua

di traslazione [...]. Sono malati che respingono il medico, non per ostilità, ma per indifferenza [...]. Essi non dimostrano alcuna traslazione e perciò sono *inaccessibili ai nostri sforzi e non possono essere da noi curati* (corsivo mio).

²¹ Esistono altre scuole di ispirazione psicoanalitica che pretendono di curare anche altre patologie, non soltanto le nevrosi di traslazione, ma non possono qui essere prese in considerazione, limitandosi l'indagine al ruolo dell'empatia in Freud.

²² Sull'empatia intesa come "fonte di conoscenza", si veda Donise (2020).

volta analizzando dovrebbe riuscire a empatizzare più facilmente con le patologie altrui avendo già riconosciuto e ripercorso le patologie sue proprie.

Questa possibilità di comprensione empatica che si allarga a dismisura rispetto alle possibilità terapeutiche, però, non è affatto né immediata né semplice. Anzi, da un certo punto di vista potrebbe presentarsi paradossalmente più complicata di una semplice relazione duale: per comprendere empaticamente una patologia psichica nell'altro legata al suo complesso edipico, è necessario preliminarmente aver accettato e riconosciuto il proprio complesso edipico. In un movimento teorico per certi versi paragonabile a quello ricoeuriano²³, si potrebbe dire che il riconoscimento dell'altro e, quindi, dell'intersoggettività, passa freudianamente dal riconoscimento dell'alterità propria e di una intersoggettività intrapsichica. Accettare e riconoscere la propria alterità rispetto a se stessi, il proprio complesso edipico, le proprie pulsioni aggressive e violente, la propria opacità a se stessi, è per certi versi perfino più difficile che riconoscere tutto ciò nell'altro. Inoltre, nonostante ogni essere umano, nella prospettiva freudiana, abbia attraversato durante il suo sviluppo ogni genere di patologia psichica, ciò non toglie che esistano diverse stratificazioni di questo sviluppo che rendono più o meno complesso l'empatizzare con una patologia piuttosto che con un'altra. Da questo punto di vista è emblematica l'asserzione freudiana secondo cui «il linguaggio della nevrosi ossessiva [...] è, per così dire, solo un dialetto del linguaggio isterico, ma un dialetto in cui dovrebbe esser più semplice immedesimarsi [*Einfühlung*], poiché è più affine che non il linguaggio isterico al modo d'esprimersi del nostro pensiero cosciente»²⁴. Alla maggiore facilità con cui è possibile empatizzare la nevrosi ossessiva rispetto all'isteria, non vuol dire però che corrisponda anche una maggiore facilità nel trattamento terapeutico, anzi, secondo Freud, questa caratteristica di maggiore coinvolgimento del piano cosciente e quindi della maggiore facilità nell'immedesimazione empatica, costituisce contemporaneamente e forse controintuitivamente una maggiore difficoltà nel trattamento terapeutico. La stratificazione più superficiale di questa patologia ossessiva, ovvero la sua maggiore distanza dal piano più profondo dell'inconscio, significa anche una maggiore resistenza da parte del paziente e una più decisa opposizione censoria rispetto alla metodologia psicoanalitica. In altri termini, se si prendono in considerazione entrambe le descrizioni tecniche relative all'empatia, quella presente in *Inizio del trattamento* e quella del *Caso clinico dell'uomo dei topi*, dovrebbe essere possibile affermare che un caso di nevrosi ossessiva ha bisogno di più tempo rispetto a un caso di isteria prima che si instauri il transfert e, di conseguenza, che l'analista dovrà mantenere la posizione di attesa e comprensione empatica per più tempo rispetto a un ipotetico corrispondente caso di isteria.

Una serie di osservazioni freudiane disseminate lungo tutto l'arco della sua produzione scientifica, tanto negli scritti tecnici quanto in quelli clinici, rendono impossibile la formulazione di una legge applicabile universalmente riguardo alla durata della posizione empatica e alla sua applicazione: ogni caso, ogni patologia, ma soprattutto ogni singola storia personale, costituiscono una complessità a sé stante e una matassa di fili che non è possibile dirimere sempre attraverso le stesse modalità. In questo senso non è possibile sostenere che si dia un rapporto inversamente proporzionale tra la comprensione empatica di un caso e il successo terapeutico, né è possibile sostenere che i due piani siano interamente autonomi e viaggino su due rette parallele, ma, allo stesso modo, non è neanche possibile sostenere un rapporto di diretta proporzionalità tra empatia e successo terapeutico.

L'ultimo caso clinico in cui compare il tema dell'empatia è molto indicativo anche del rapporto tra quest'ultima e il successo terapeutico; si tratta del saggio freudiano *Dalla*

²³ Cfr. Ricoeur (1990).

²⁴ Freud (1909), p. 8. Si potrebbe anche tradurre «un dialetto nel quale dovrebbe riuscirci più semplice l'empatizzare».

storia di una nevrosi infantile, meglio conosciuto come *Caso clinico dell'uomo dei lupi*²⁵. Sin dalla premessa, Freud chiarisce immediatamente che «il medico [...] se vuole imparare qualche cosa o raggiungere qualche risultato deve [...] rinunciare ad ogni miope ambizione terapeutica»²⁶. In altri termini, finché si è totalmente assorbiti dal *furor sanandi* si perde di vista la comprensione del caso²⁷.

Il *Caso clinico dell'uomo dei lupi*, come i precedenti presi in considerazione, è anch'esso un caso che presenta delle particolarità tali da rendere complesso un suo utilizzo a fini teorici. Come viene indicato già nel titolo *Dalla storia di una nevrosi infantile* si tratta contemporaneamente di un oggetto specifico di ricerca, la nevrosi infantile, ma analizzato e preso in considerazione per via indiretta, ovvero attraverso la sua storia narrata in età adulta. In altri termini il saggio freudiano «si riferisce dunque a una nevrosi infantile analizzata non già mentre era in atto, ma quindici anni dopo la sua conclusione»²⁸. Al di là delle considerazioni di carattere epistemologico e delle eventuali critiche che un tale genere di operazione può comportare²⁹ e di cui lo stesso Freud era ben consapevole³⁰, ciò che qui interessa evidenziare è il ruolo che l'empatia ha svolto, secondo Freud, all'interno di questo caso clinico.

Il fatto che si trattasse di una nevrosi infantile, sebbene filtrata dal racconto del paziente adulto, rende più difficile, nella prospettiva freudiana, il processo di immedesimazione empatica, a tal punto che «la difficoltà di immedesimarsi [*Einfühlung*] nella vita psichica infantile rende il lavoro del medico particolarmente arduo»³¹. La ragione di questa difficoltà è da rintracciarsi nel quadro soggettivistico-lippsiano che sottende l'argomentare freudiano: se si empatizza solo ciò che si è vissuto in prima persona, l'infanzia si configura allora come un'esperienza paradossale, nel senso che tutti sono stati bambini, ma nessuno se ne ricorda e, di conseguenza, l'empatizzare con un stato infantile diviene particolarmente arduo e problematico. La difficoltà maggiore, in questo quadro teorico, non è tanto empatizzare con i bambini di un'età superiore o uguale a cinque o sei anni, ma piuttosto la possibilità di farlo con quelli di età inferiore, da zero a cinque: «noi adulti non comprendiamo i bambini perché non comprendiamo più la nostra stessa infanzia. La nostra amnesia dell'infanzia è una prova di quanto ce ne siamo estraniati»³².

Si viene a configurare così un altro elemento descrittivo fondamentale dell'empatia per come viene intesa da Freud: più la persona estranea è simile alla persona che empatizza e più è facile realizzare il processo di empatizzazione nei suoi confronti, viceversa, più la persona è dissimile, come nel caso dell'infante agli occhi dell'adulto, e più lo stesso processo di empatizzazione diviene complicato. Da questo punto di vista è ancora una volta l'uomo dei lupi ad offrire una conferma a questa tesi, infatti, Freud è costretto ad ammettere: «peculiarità personali del paziente e un carattere nazionale estraneo al nostro

²⁵ Freud (1912b), pp. 481-593.

²⁶ Ivi, p. 490.

²⁷ Etchegoyen (1986), p. 29: «Uno dei principi che Freud propone, che è insieme teorico ed etico, è di non lasciarsi trascinare dal *furor curandi*, una passione che, come ormai sappiamo, è un problema di controtransfert. [...] il *furor curandi*, contro il quale Freud ci mette in guardia, è cosa diversa dal desiderio di curare, indispensabile per svolgere bene il nostro lavoro».

²⁸ Freud (1912b), p. 488.

²⁹ Cfr. Miller (1987-1988) e Ginzburg (1986).

³⁰ Freud (1912b), p. 488: «Questa situazione [...] ha i suoi vantaggi e i suoi svantaggi. L'analisi effettuata direttamente sul bambino nevrotico parrà a tutta prima più attendibile, ma essa non può avere un contenuto molto ricco; occorre prestare al bambino troppe parole e troppi pensieri e, anche così, non è detto che gli strati più profondi risultino accessibili alla coscienza. L'analisi di una malattia infantile compiuta con la mediazione dei ricordi di un individuo adulto intellettualmente maturo è esente da queste limitazioni; essa dovrà tuttavia tener conto dei travisamenti e degli aggiustamenti cui è soggetto il nostro passato quando ci volgiamo a guardarlo a distanza. Il primo caso ci dà forse risultati più convincenti; il secondo è in compenso di gran lunga più istruttivo».

³¹ *Ibidem*.

³² Freud (1913b), p. 271.

mi resero faticosa l'immedesimazione [*Einfühlung*] con lui»³³. L'uomo dei lupi, Sergej Costantinovič Pankëev, era infatti di nazionalità russa e, durante l'analisi, avrà sicuramente fatto emergere importanti elementi legati alla cultura e all'educazione del suo paese d'origine, elementi evidentemente lontani dalla cultura e dalla sensibilità freudiana. Basti pensare al sogno principale attorno al quale ruota l'intera ricostruzione freudiana e dal quale prende nome il caso stesso, ovvero il sogno dei lupi bianchi, per notare gli elementi culturali russi di cui era imbevuto il paziente: Carlo Ginzburg, infatti, riconduce l'intero sogno al folklore russo, associandolo al fatto che il paziente era nato con la camicia il giorno di Natale, arrivando a sostenere uno strettissimo legame tra il sogno stesso e la raccolta di fiabe *Il lupo imbecille* di Afanasjev³⁴.

La maggiore difficoltà di empatizzare con l'infanzia o con una diversa cultura non implica però né una maggiore probabilità di insuccesso terapeutico, come nel caso emblematico della differenza tra isteria e nevrosi ossessiva, né in alcun modo la rinuncia al dovere etico-professionale di intraprendere un percorso che conduca in direzione di un tentativo di cura. In conclusione, l'empatia è necessaria e preliminare al fine di permettere al paziente di instaurare il transfert, ma non è né necessaria né sufficiente al fine di raggiungere un successo terapeutico, anzi, al contrario, l'analista, una volta instauratosi il transfert, adottando una tecnica decisamente anempatica offre al paziente l'esempio di un *modus operandi* quanto più possibile cosciente, scelto deliberatamente, costante e coerente e che, proprio per questi motivi, mette in secondo piano il sentire empatico, pur senza abolirlo, inducendo così anche il paziente a fare lo stesso al di fuori del *setting*. Così come l'analista non può esimersi dal prendere in cura pazienti con i quali ha difficoltà ad empatizzare, né può esimersi dalla neutralità con gli altri pazienti con i quali empatizza facilmente, ma deve mantenere una identica serietà professionale equidistante da qualsiasi paziente, analogamente, in seguito al percorso di analisi, anche il paziente dovrebbe aver imparato a gestire consapevolmente le proprie proiezioni transferali ed empatiche che invece, prima di tale percorso, si manifestavano in modo ingestibile a causa della loro natura inconscia. Il trattamento psicoanalitico si configura così, tra le altre cose, come un addestramento alla gestione dell'empatia.

Bibliografia

- Bolognini, S. (2002), *L'empatia psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Donise, A. (2020), *Critica della ragione empatica. Fenomenologia dell'altruismo e della crudeltà*, il Mulino, Bologna.
- Eagle, M.N., Migone, P., Gallese, V. (2009), "Mirror Neurons and Minds", *Journal of American Psychoanalytical Association*, n. 57/3, pp. 559-568.
- Etchegoyen, H. (1990), *I fondamenti della tecnica psicoanalitica*, trad. it. a cura di P. Franco, Astrolabio, Roma.
- Ferenczi, S. (2002), *Elasticità della tecnica psicoanalitica*, in *Opere*, vol. IV, Cortina, Milano.
- Freud, S. (1909), *Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva (Caso clinico dell'uomo dei topi)*, in *OSF*, vol. 6, ed. it. dir. da C.L. Musatti, Bollati Boringhieri, Torino 1976.

³³ Freud (1912b), p. 576. Si potrebbe anche tradurre con «peculiarità personali e un carattere nazionale estraneo al nostro, resero faticosa l'empatia [*Persönliche Eigentümlichkeiten, ein dem unsrigen fremder Nationalcharakter, mach ten die Einfühlung mühsam*]».

³⁴ Ginzburg (1986), pp. 242-243: «Freud [...] si lasciò sfuggire questi elementi. In fin dei conti ciò non stupisce: il paziente proveniva da un mondo culturale troppo diverso dal suo [...] tutto ciò non basta a configurare un'interpretazione alternativa a quella di Freud. Le implicazioni culturali che il nascere con la camicia aveva nel folklore slavo integrano, ma non aboliscono le implicazioni psicologiche che lo stesso fatto aveva assunto nella psiche del paziente. Analogamente, integrano ma non confutano l'interpretazione proposta da Freud [...] l'interpretazione complessiva del sogno dell'uomo dei lupi come rielaborazione della scena primaria non sembra, a prima vista, neppure scalfita dalle considerazioni fatte fin qui».

- Freud, S. (1912a), *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, in OSF, vol. 6, ed. it. dir. da C.L. Musatti, Bollati Boringhieri, Torino 1976.
- Freud, S. (1912b), *Dalla storia di una nevrosi infantile (Caso clinico dell'uomo dei lupi)*, in OSF, vol. 7, ed. it. dir. da C.L. Musatti, Bollati Boringhieri, Torino 1977.
- Freud, S. (1913a), *Inizio del trattamento*, in OSF, vol. 7, ed. it. dir. da C.L. Musatti, Bollati Boringhieri, Torino 1977.
- Freud, S. (1913b), *L'interesse per la psicoanalisi*, in OSF, vol. 7, ed. it. dir. da C.L. Musatti, Bollati Boringhieri, Torino 1977.
- Freud, S. (1915-1917), *Introduzione alla psicoanalisi*, in OSF, vol. 8, ed. it. dir. da C.L. Musatti, Bollati Boringhieri, Torino 1978.
- Freud, S. (1920), *Promemoria sul trattamento elettrico dei nevrotici di guerra*, in OSF, vol. 9, ed. it. dir. da C.L. Musatti, Bollati Boringhieri, Torino 1980.
- Freud, S. (1932), *Introduzione alla psicoanalisi. Nuova serie di lezioni*, in OSF, vol. 11, ed. it. dir. da C.L. Musatti, Bollati Boringhieri, Torino 1980.
- Freud, S. (1937), *Analisi terminabile e interminabile*, in OSF, vol. 11, ed. it. dir. da C.L. Musatti, Bollati Boringhieri, Torino 1979.
- Ginzburg, C. (1986), *Miti emblematici*, Einaudi, Torino.
- Kohut, H. (2003), *Heinz Kohut. Introspezione ed empatia. Raccolta di scritti (1959-1981)*, trad. it. a cura di A. Carusi, Bollati Boringhieri, Torino.
- Miller, J.A. (1987-1988), "L'Homme aux loups", *La cause freudienne*, n. 72-73/2009; trad. it. a cura di M.R. Conrado, *Commento al caso clinico dell'uomo dei lupi*, Quodlibet, Macerata 2011.
- Palombi, F. (2009), *Jacques Lacan*, Carocci, Roma.
- Ricoeur, P. (1990), *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris, trad. it. a cura di D. Iannotta, *Sé come altro*, JacaBook, Milano 1993.
- Simmel, G. (1918), *Kriegs-Neurosen und "psychisches Trauma". Ihre gegenseitigen Beziehungen dargestellt auf Grund psycho-analytischer, hypnotischer Studien*, Verlag von Otto Nemnich, Leipzig-München.
- Simmel, G., Ferenczi, S., Abraham, K., Jones, E. (1919), *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig-Wien.