

Curriculum breve

LAURA BOELLA è professore ordinario di Filosofia morale presso il Dipartimento di Filosofia dell'Università Statale di Milano.

Si è dedicata allo studio del pensiero femminile del '900, proponendosi come una delle maggiori studiose di Hannah Arendt, Simone Weil, Maria Zambrano e Edith Stein. In questo ambito di riflessione, ha sviluppato in particolare il tema delle relazioni intersoggettive e dei sentimenti di simpatia, empatia, compassione. I suoi contributi comprendono: *Hannah Arendt. Agire politicamente, pensare politicamente*, Feltrinelli, Milano 1995 (2 ed. 2005); *Cuori pensanti. Hannah Arendt, Simone Weil, Edith Stein, Maria Zambrano*, Tre Lune, Mantova 1998..

Ha curato (corredandole di un'introduzione) l'edizione italiana di J. Hersch, *Rischiare l'oscuro. Autoritratto a viva voce*, Baldini Castoldi Dalai, Milano 2006; H. Arendt, *L'umanità in tempi bui*, Raffaello Cortina, Milano 2006; M. Scheler, *Essenza e forme della simpatia*, Franco Angeli, Milano 2010.

I suoi libri più recenti sono: *Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia*, Raffaello Cortina, Milano 2006; *Neuroetica. La morale prima della morale*, Raffaello Cortina, Milano 2008.; *Il coraggio dell'etica. Per una nuova immaginazione morale*, Raffaello Cortina, Milano 2012; *Le imperdonabili. Milena Jesenská, Etty Hillesum, Marina Cvetaeva, Ingeborg Bachmann, Cristina Campo*, Mimesis, Milano 2013.

EMPATIA E DOLORE

Nel rapporto tra operatore sanitario e paziente, in particolare quando quest'ultimo ha dolore, è importante che si stabilisca un contatto empatico, in modo da supportare efficacemente le strategie terapeutiche messe in atto. Formare all'empatia dovrà essere un obiettivo delle future scuole di medicina.



La parola empatia, come il termine inglese *empathy*, deriva dal greco *en-pa-thein* (patire, soffrire dentro) ed è parola recente, introdotta solo nella prima metà del secolo XIX nei vocabolari con il significato corrente. Di oltre un secolo più antico è il termine tedesco, *einfihlung* che si riferisce al verbo sentire (*fühlen*), e originariamente faceva riferimento al processo di apprezzamento e identificazione con il bello artistico e naturale presente nell'estetica del Settecento (J. G. Herder). Questo significato di empatia stabiliva che il soggetto proiettasse i propri sentimenti ed emozioni per comprendere (prendere con sé) l'oggetto (arte o natura) della sua contemplazione che poteva essere un dipinto, una musica o un paesaggio. In un secondo tempo, questo significato fu traslato dalla filosofia alla neonata psicologia e quindi agli esseri umani per giungere al concetto odierno.

Oggi possiamo dire che l'empatia consiste nella capacità di "mettersi nei panni



dell'altro", cioè nel focalizzare l'attenzione sul mondo interiore dell'altro per intuire, accogliere e contenere le emozioni, i pensieri che lo muovono, discernendo ad esempio quali gesti, posture o parole sono congrui con i vissuti interiori. Per completare queste funzioni, oltre all'immedesimazione nell'esperienza dell'altro, è indispensabile la capacità di mantenere un punto di vista proprio nella relazione e quindi uno

stato di consapevolezza costante di sé che permetta di discriminare i propri sentimenti ed emozioni rispetto a quelli condivisi con l'altro.

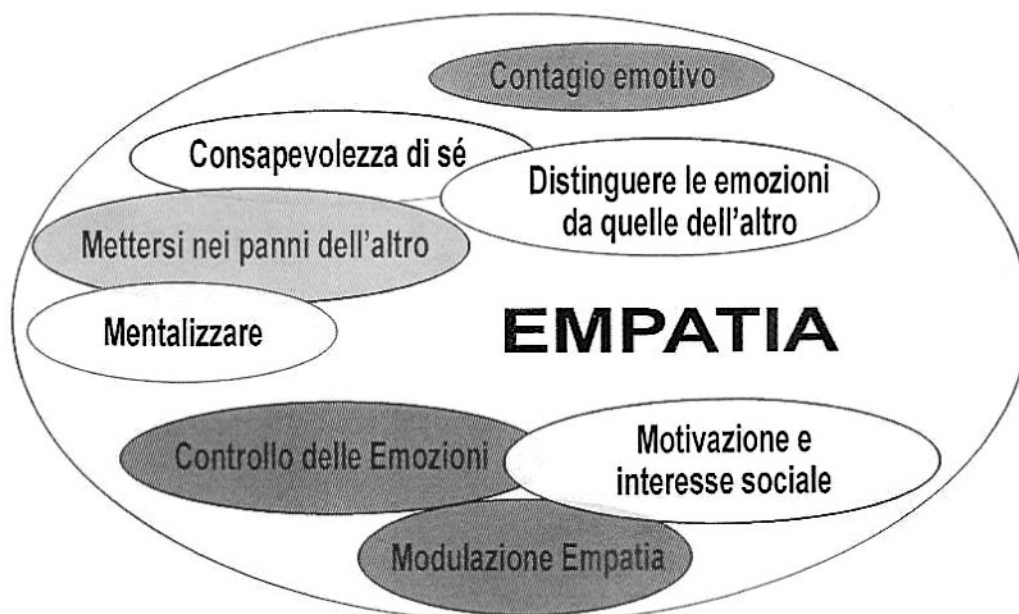
Questa disposizione d'animo richiede quindi una capacità introspettiva e un'alta qualità nell'osservazione di sé e dell'altro coniugata ad una curiosità e interesse per le relazioni umane. Da queste parole risulta scontato come nella relazione operatore sanitario-paziente, in particola-

re quando il paziente ha dolore, sia fondamentale stabilire un buon contatto empatico che trasformi la relazione in uno strumento d'aiuto efficace nel supporto, amplificazione e conferma delle strategie terapeutiche messe in campo in accordo con il paziente sofferente.

Aree cerebrali coinvolte

Negli ultimi anni, con l'evoluzione della neuropsicologia e delle tecnologie di *neuroimaging*, le neuroscienze si sono interessate al fenomeno dell'empatia cercando di scomporlo in parti più semplici al fine di evidenziare le aree cerebrali coinvolte nella sua manifestazione.

Da queste ricerche è emerso chiaramente che esistono due grandi aree in cui differenziare la ricerca sull'empatia: la prima, più cognitiva, fa capo alla "teoria della mente". In questo caso il soggetto si pone nella condizione di attribuire all'altra persona attitudini proposizionali, cioè desideri, credenze e intenzioni. Questo processo, definito in altre parole come *mind rea-*



Nello schema: fenomeni diversi in cui è possibile scomporre l'empatia (adattato da Lacerenza M. e Cerami C., *Empatia, Neuroscienze e Dolore*, "Pathos" vol 18, n. 3/2010, pp. 1-7).

ding (lettura della mente o mentalizzare), può essere considerato come una forma prevalentemente "cognitiva" di empatia e si associa all'attivazione della corteccia prefrontale mediale, del solco temporale superiore posteriore e dei poli temporali.

La seconda, più emotiva, riguarda la capacità di condividere le sensazioni/emozioni dell'altro in modo più "incarnato"; questa forma è quella che meglio si identifica con il termine empatia e può essere a sua volta suddivisa in una componente più primitiva, il contagio emotivo, e una più evoluta, l'empatia vera e propria. La prima consiste nella condivisione immediata dello stato d'animo altrui senza alcuna comprensione esplicita dei motivi di sofferenza e senza possibilità di controllo. Il contagio emotivo, filogeneticamente più antico, è presente anche negli uccelli e appare nei bambini fin dai primi mesi di vita. Ciò fa sì che, in una nursery, il neonato che sente piangere gli altri bambini pianga a sua volta senza apparente motivo. Allo stesso modo gli adulti possono provare disagio assistendo al dolore altrui, talvolta non riuscendo a distinguere l'origine esterna della loro sofferenza. Il contagio emotivo altro non è che una capacità automatica di fare propria l'emozione dell'altro e viverla

intensamente come se appartenesse al proprio vissuto: l'individuo da osservatore diviene protagonista dello stato d'animo altrui e ne viene travolto con tutta la sua intensità («io sento ciò che tu senti»). Si pensa che questa funzione automatica abbia probabilmente contribuito ad originare la tendenza all'aggregazione sociale e alla solidarietà interindividuale anche prima della formazione del linguaggio.

Nel corso della crescita intellettuale dell'essere umano, questo fenomeno è integrato da processi *top-down* (che si esprimono dalle aree cerebrali più evolute verso le più primitive) sempre più sofisticati: quanto più adulto diviene l'individuo tanto più acquisisce la capacità di distinguere il sé dall'altro, riuscen-

do a vivere l'esperienza emotiva altrui come distinta dalla propria («io capisco quello che tu provi»). In questa maniera si può partecipare allo stato d'animo altrui, mettendosi nei panni dell'altro e cercando di comprenderne il punto di vista, senza che tuttavia ciò comporti uno stress emotivo. La consapevolezza di sé matura fisiologicamente nel corso della vita, dall'epoca neonatale fino all'età adulta. Tuttavia, anche una volta raggiunto il traguardo della maturità, essa può continuare a modificarsi sulla base delle esperienze personali e della capacità individuale di introspezione.

L'intelligenza emotiva

Nell'ultimo decennio, questa è stata oggetto di numerosi studi di *neuroimaging* fun-

zionale. Ciò ha permesso di evidenziare che le aree cerebrali coinvolte nell'attivazione conseguente alla visione di una parte del corpo dell'altro sottoposta ad uno stimolo doloroso comprendono una parte della *Pain Matrix* (aree cerebrali coinvolte nella modulazione e percezione del dolore). In particolare sono le aree cerebrali che sovrintendono alla modulazione e percezione della componente affettiva della sofferenza: la porzione rostrale - mediale della corteccia cingolata anteriore e l'insula anteriore. Alcuni studi hanno inoltre dimostrato che le persone che avevano punteggi più elevati nelle scale comportamentali dell'empatia, avevano anche un'attivazione maggiore delle aree cerebrali coinvolte nei meccanismi empatici.

Recentemente in alcune scuole anglosassoni è stato messo a punto un test di ammissione alla facoltà di Medicina che include una sezione dedicata alla valutazione delle capacità empatiche. Dobbiamo sperare che le scuole di Medicina di domani dedichino tutte uno spazio alla valutazione e formazione all'empatia del personale coinvolto nell'assistenza e nella cura dell'essere umano bisognoso. Questa formazione oltre che teorica, dovrebbe essere fondata su un percorso esperienziale volto al miglioramento della consapevolezza di sé, dei propri strumenti cognitivi, del riconoscimento e controllo delle proprie emozioni. In altre parole quello che Daniel Goleman riassume efficacemente con il termine di "intelligenza emotiva".

La formazione e il potenziamento dell'intelligenza emotiva potrebbero favorire nel giovane operatore sanitario strumenti pratici per costruire una capacità relazionale volta all'arricchimento personale, oltre che al potenziamento e sostegno delle strategie terapeutiche attuate a favore dell'essere umano sofferente.

Marco Lacerenza
Specialista in Neurologia,
Fisiopatologia
e Terapia del Dolore

LETTURE CONSIGLIATE

Bernhardt B.C. and Singer T., *The neural basis of empathy*. *Annu. Rev. Neurosci.* 2012; 35: 1-23.
Decety J., *The neuroevolution of empathy*. *Ann.N.Y. Acad.Sci.* 2011; 1231: 34-45.

Jackson PL, Rainville P, Decety J. *To what extent do we share the pain of others? Insight from the neural bases of pain empathy*. *Pain*. 2006 Nov; 125(1-2):5-9.

Boella L., *Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia*, Raffaello Cortina Editore, 2006.
Goleman D., *L'intelligenza emotiva*, Rizzoli, 1997.

