

ARTIGO

Empatia e grupanálise: uma abordagem integradora

Ana Sofia Nava¹

Sociedade Portuguesa de Grupoanálise

RESUMO

Com ajuda das mais recentes investigações neurocientíficas e psicológicas a autora propõe uma abordagem integradora de empatia. Utilizando este referencial explora o modo característico como, em grupanálise, a empatia é um agente de investigação e, como tal, abre uma via de acesso muito especial à vida intrapsíquica dos analisandos. Propõe ainda, partindo de dados neurocientíficos muito recentes (2000/2004), que este instrumento de investigação está amplificado no contexto da grupanálise e psicoterapia de grupo. Em seguida a autora reflecte ainda sobre o modo como, em grupanálise, a empatia é também integrada no próprio processo terapêutico.

Palavras-chave: Empatia; grupanálise; neurociências.

Empathy and group analysis: an integrative approach

ABSTRACT

The author suggests an integrative approach on empathy based on the most recent works in psychology and neurosciences. An exploration is made on the way in group analysis empathy is a method for investigation and may open a very special pathway to the interior mental life of our patients. Based on the most recent works (2000/2004) in this field a suggestion is made that in group analysis and in group psychotherapy this tool is amplified. A reflection is made on the way empathy is involved in the intrinsic therapeutic process of group analysis.

Keywords: Empathy; group analysis; neurosciences.

Empatía y grupo análisis: un abordaje integrador

RESUMEN

Con la ayuda de las más recientes investigaciones neurocientíficas y psicológicas, la autora propone un abordaje integrador de la empatía. Utilizando este referencial explora el modo característico como, en grupos de análisis, la empatía es un agente de investigación y, como tal, abre una vía de acceso muy especial a la vida intrapsíquica de los analizandos. Propone a su vez, partiendo de datos neurocientíficos muy recientes (2000/2004), que este instrumento de investigación está amplificado en el contexto del grupo de análisis y de la psicoterapia de grupos. En seguida, la autora reflexiona también sobre el modo como en el grupo de análisis, la empatía es también integrada en el propio proceso terapéutico.

Palabras clave: Empatía, grupo análisis, neurociencias.

A capacidade humana e tão natural de nos apercebermos das emoções, dos sentimentos dos outros e de poder ir em seu auxílio é habitualmente chamada de empatia. Ickes (2003) apelidou-a metaforicamente de *every-day mind reading* (leitura do pensamento no dia a dia).

De facto, é uma capacidade inata que facilita tremendamente a vida em sociedade e por inerência a intersubjectividade. Faz todo o sentido que, para o animal social que é o homem, a selecção natural a tenha privilegiado como ferramenta imprescindível.

A palavra original alemã *Einführung* significa literalmente “sentir para dentro de” (WISPÉ, 1986). *Einführung* resultaria de um processo no qual o observador projectar-se-ia dentro do objecto percebido. Curiosamente, já em 1903 Lipps defendia que a percepção de um gesto emocional no outro activa directamente a mesma emoção no observador, sem qualquer intervenção de processos de classificação, associativos ou cognitivos. Veremos mais à frente como esta hipótese é confirmada por dados neurocientíficos.

É importante ter em atenção que, para alguns autores, a empatia não é um fenómeno de tudo ou nada, existem diversas formas de empatia que podem, grosso modo, ser divididas em aspectos mais emocionais e outros mais cognitivos.

Preston e de Waal (2002) balizam claramente as seguintes definições:

1. contágio emocional: o estado emocional do sujeito resulta directamente da percepção do estado do objecto, não há distinção entre o *self* e o outro e existe uma incapacidade de ajudar o outro.

2. simpatia: o sujeito sente pena do objecto, o foco está mais dirigido para a situação do que para o estado físico do objecto, existe distinção entre o *self* e o outro e a capacidade de ajudar o outro pode existir ou não.

3. empatia: o estado emocional do sujeito resulta da percepção do estado do objecto, com distinção entre o *self* e o outro, a capacidade de ajudar o outro está presente e aumenta

com a familiaridade, a similaridade e a exuberância (relevância).

4. empatia cognitiva: o sujeito representa o estado do objecto, através de um processo de cima para baixo, há distinção entre o *self* e o outro e pode, ou não, culminar em ajuda. Também é chamada de tomada de perspectiva.

5. comportamentos pró-sociais: tomada de atitudes de modo a reduzir o mau estar do objecto. Habitualmente há distinção entre o *self* e o objecto e capacidade de ajuda.

Embora vários autores psicanalíticos tenham utilizado e definido o termo empatia (como por exemplo: Freud, Reike, Melanie Klein, Bion, Greenberg), foi no entanto Kohut quem mais aprofundou este assunto. Kohut enfatiza grandemente a utilização das capacidades empáticas do analista e afirma que, embora a empatia não tenha sido criada pela psicologia do *self*, esta ampliou a sua aplicação e aprofundou a sua importância teórica. Isto incide não só na forma como se estabelece o vínculo entre o analista e o seu cliente, como também condiciona o método de construir a interpretação e o modo de formulá-la ao analisando.

Kohut (1984) propõe a seguinte definição de empatia: capacidade de penetrar com o pensamento e o sentimento na vida interior de outra pessoa. É a capacidade de vivenciar, em qualquer momento da vida, o que a outra pessoa vivencia, mesmo que normalmente em grau atenuado.

Kohut defende que as únicas duas ferramentas com que o terapeuta conta para promover a cura analítica (a internalização transmutadora) são a empatia e a interpretação. Vemos assim quão fundamental e decisivo se torna o conceito de empatia para a escola dos psicólogos do *self*.

Ele clarificou a empatia em dois níveis: abstracta e operacional.

1) Empatia abstracta

Num ensaio em 1951, Kohut define a empatia como “introspecção indirecta”, já que só a partir da introspecção da nossa própria experiência podemos compreender como se deve sentir a outra pessoa numa circunstância psicológica similar. Isto não quer dizer que a nossa experiência seja a mesma que a do outro, mas que a semelhança das experiências nos permite aproximar da experiência dos outros.

A partir desta definição Kohut considera a empatia como uma “ferramenta”, “instrumento” ou “método de observação” através da qual a ciência psicanálise recolhe os seus dados. Assim a empatia assume um papel na própria definição da ciência psicanálise. Ou seja, qualquer ciência é definida pelo seu objecto de estudo e pelo método através dos quais recolhe os dados de investigação. O objecto de estudo da psicanálise é a vida interior do ser humano. O método através do qual o analista faz as suas observações é a introspecção do próprio e, indirectamente, a empatia permite-lhe o acesso à vida interior do seu paciente.

Por tudo isto, Kohut considera a psicanálise a única “psicologia pura”, quando a define

por dois componentes essenciais a qualquer ciência: o seu campo de estudo (estados do mundo interno do indivíduo) e a sua metodologia (introspecção e empatia).

2) *Empatia operacional*

Mais tarde na sua obra, Kohut propõe uma definição clínica, mais pragmática, quando afirma que a empatia é a capacidade para pensar e sentir o mundo interno do outro. Para Kohut empatia é simplesmente aquilo que permite ao indivíduo aceder à experiência do outro, sem perder a sua própria objectividade.

Kohut clarificou que a empatia não deve ser confundida com a qualidade de interacção com outra pessoa, a que comumente se chama amor, compaixão ou qualquer outra emoção intensa. A empatia reconhece-se quando uma pessoa é capaz de se pôr no lugar da outra, ou ver o mundo através dos seus olhos, e dar uma resposta adequada. O exemplo avançado é o da empatia materna que permite à mãe entender que o choro do bebé indica que ele tem fome, mas não é a empatia por si só que lhe satisfaz a fome. Porém a acção para satisfazer a fome do bebé é guiada pela empatia.

O USO CLÍNICO DA EMPATIA

A empatia serve a dois propósitos clínicos: a compreensão e a explicação (MacISAAC, 1997).

Compreensão: ao pensar e sentir o mundo interno do paciente, o analista conhece o que o paciente está a experienciar naquele momento e comunica-lhe de uma forma verbal ou não verbal que a sua experiência foi entendida. A esta fase inicial Kohut chama compreensão.

Explicação: apesar da primeira etapa se centrar em comunicar o que se captou da experiência do paciente, a segunda etapa utiliza esta compreensão acumulada ao longo do tempo para explicar o significado da experiência do paciente, correlacionando com experiências passadas, impulsos internos e dinâmicas intrapsíquicas.

Kohut preconiza que o tratamento em psicanálise é conseguido através da internalização transmutadora, que se processaria em três fases: 1) análise das defesas contra a transferência; 2) desmontagem da transferência dos *self*-objectos; 3) sintonia empática entre *self* e *self*-objecto.

CONTRIBUIÇÕES RECENTES DAS NEUROCIÊNCIAS

Modelo de Arquitectura Funcional – Decety e Jackson

Decety, director do Laboratório de Neurociências Cognitivas e Sociais da Universidade de Washington e Jackson (2004) partem das perspectivas humanística (empatia como capacidade inata) e psicodinâmica (empatia como perícia de comunicação) e propõem três componentes fundamentais da empatia nos seres humanos:

1. *Partilha afectiva* entre o próprio e o outro, baseada na ligação percepção acção que dá origem às representações partilhadas.

2. *Consciência do eu e do outro*: mesmo quando existe alguma identificação temporária, não existe confusão entre o self e o outro.

3. *Flexibilidade mental* de modo a adoptar subjectivamente a perspectiva do outro e *processos reguladores*.

Estes três componentes entrecruzam-se e devem interagir uns com os outros de modo a produzir a experiência subjectiva de empatia.

1. Representações partilhadas entre o próprio e os outros

a) Ligação percepção-acção

Esta noção reflecte a ideia de que a percepção de um determinado comportamento noutra indivíduo activa automaticamente a representação desse comportamento no próprio (KNOBLICH; FLASH, 2003; PRESTON; DE WAAL, 2002; PRINZ, 1997).

As neurociências vieram elucidar a ligação percepção acção. Estudos de registos electrofisiológicos em macacos evidenciaram a presença de *mirror neuron* (neurónios em espelho) que disparam do mesmo modo, quer nas situações de acções dirigidas para um objectivo, quer nas situações de observação de acções nos outros indivíduos (RIZZOLATTI; FOGASSI; GALLESE, 2001). Este fenómeno é facilmente compreendido pela expressão simples: “o macaco vê, o macaco faz”. Estudos de neuroimagem funcional em seres humanos demonstraram que os circuitos neuronais envolvidos na execução de uma acção sobrepõem-se a aqueles que são activados quando da observação da mesma acção (BLAKEMORE; DECETY, 2001). Esta rede neuronal envolve o córtex pré-motor, o lobo parietal, a área motora suplementar e o cerebelo (GRÈZES; DECETY, 2001).

Outros estudos demonstraram que áreas cerebrais similares, pertencendo à mesma rede neuronal no córtex pré-motor e córtex parietal posterior, são activadas nas seguintes situações:

1. quando o indivíduo imagina a sua própria acção (DECETY et al., 1994);
2. quando o indivíduo imagina a acção de outro (RUBY; DECETY, 2001);
3. quando o indivíduo imita as acções executadas por um modelo (DECETY; CHAMINADE; GRÈZES; MELTZOFF, 2002; DECETY et al., 1997; IACOBONI et al., 1999).

Outros estudos neurocientíficos utilizam a medição da excitabilidade cortico-espinal

provocada por estimulação magnética transcraniana. Um estudo feito por Fadiga; Fogassi; Pavesi; Rizzolati (1995) encontrou potenciais evocados motores em participantes a quem se pedia que simplesmente observassem gestos das mãos de outros indivíduos.

Ainda noutro estudo recente eram pedidas três tarefas aos participantes: observar, imaginar ou imitar movimentos com a mão, enquanto era fornecida estimulação electromagnética (CLARK; TREMBLAY; ST.-MARIE, 2003). Obtiveram-se os seguintes resultados: a maior intensidade dos potenciais evocados motores foi atingida quando a tarefa era imitar, seguida pela de observar e finalmente pela de imaginar. Estes resultados interessantíssimos explicam claramente a necessidade de modelos de identificação para a aprendizagem de perícias físicas e provavelmente também para outro tipo de perícias, nomeadamente relacionais e afectivas, o que penso que todos nós já experienciámos na prática

De um modo geral as representações partilhadas entre o próprio e o outro, a nível cortical, foram encontradas ao nível da *compreensão, processamento da dor* e reconhecimento das *emoções*. Este mecanismo fornece a base neurofisiológica para o funcionamento da cognição social, através da activação automática das representações motoras ou das emoções. Não há uma região cortical específica para as representações partilhadas, a sua base neuronal está amplamente distribuída e o padrão de activação varia de acordo com o domínio processado, uma emoção particular, ou a informação armazenada.

Para Decety (2004) todas estas evidências oferecem a ponte funcional que estaria na base da intersubjectividade. Mas o modelo de empatia que preconiza sugere que este mecanismo é necessário, mas não suficiente. Tanto mais que, apesar da sobreposição das áreas neuronais que processam a informação relativa às acções do próprio e dos outros, esta não é completa.

2. Consciência eu/outro

Este modelo de empatia, como já foi referido previamente, implica que haja um delimitação clara entre o eu e o outro. A consciência do próprio não radica numa região cerebral específica. Muito pelo contrário, depende da interacção de processos que se encontram espalhados pelo cérebro, especialmente ao nível do córtex pré-frontal e da região inferior do lobo parietal, sendo que o hemisfério direito tem um papel preponderante (KEENAN, GALLUP, FALK, 2003).

As raízes do *self* formam-se na infância precoce. A representação das acções do eu e do outro são simultaneamente sobrepostas e distintas (ROCHAT; STRIANO, 2000).

O psicólogo do desenvolvimento Vasudevi Reddy sugere, baseado em estudos de observação de recém-nascidos, que as crianças têm consciência de ser o alvo da atenção dos outros ainda antes de terem a consciência do outro (Reddy, 2003).

A consciência de si próprio necessita da capacidade da representação secundária de um objecto, uma vez que o próprio *self* é configurado como uma representação secundária. Por outro lado, e do mesmo modo, a consciência do outro também necessita da capacidade de representação secundária, uma vez que a consciência do outro implica ter em conta a perspectiva do outro.

Este tipo de perícias é desenvolvido no segundo ano de vida de uma criança. Cada vez mais existem evidências comprovando que, por volta dos quatro anos de idade, começa a existir uma ligação entre o desenvolvimento das faculdades de mentalização e o auto-controlo (PERNER; LANG, 1999). Sabe-se hoje em dia que o desenvolvimento do controlo cognitivo está relacionado com o desenvolvimento do córtex pré-frontal (TAMM; MENON; REISS, 2002) e que o córtex parietal inferior, em conjunto com o córtex pré-frontal, tem um papel crucial no reconhecimento eu/outro, e como tal, é fundamental para a empatia.

3. Flexibilidade mental e auto-regulação

A tomada de perspectiva é claramente uma variável fundamental para a capacidade de empatia humana, e obviamente uma perícia essencial para o psicoterapeuta poder entrar na realidade do seu paciente. Tomasello (1999) argumenta que é esta perícia que nos distingue dos outros primatas e é um elemento essencial da comunicação intersubjectiva.

Apesar desta capacidade crescente de se colocar na pele dos outros, os seres humanos têm também uma tendência natural para inferir que os outros têm os mesmos conhecimentos e crenças que eles próprios, ainda que racionalmente saibam que eles têm outro ponto de vista (KEYSAR; LIN; BARR, 2003). Esta situação é muito óbvia nos grupos terapêuticos, local privilegiado para desmontar este tipo de funcionamento.

As pessoas são fundamentalmente egocêntricas e têm grandes dificuldades em ir além das suas próprias perspectivas quando tentam antecipar o que os outros estão a pensar ou sentir (ROYZMAN; CASSIDY; BARON, 2003).

Estes dados são coerentes com aquilo que foi exposto em relação ao mecanismo de representações partilhadas. Cada um vê o outro através das suas próprias cognições, utilizando os seus conhecimentos, a base primária para entender os outros. A auto-perspectiva é o modo normal (*default mode*) da mente humana. Tendo em atenção este tipo de funcionamento básico, é lícito equacionarmos que, para que haja compreensão empática do outro, é necessário um ajustamento das representações partilhadas.

É necessária uma regulação da nossa própria perspectiva, que foi despoletada pela interacção com o outro, ou mesmo só pelo acto de imaginar a interacção. Deste modo a empatia requer algum tipo de mecanismo inibitório activo de modo a poder fazer este tipo de regulação e a região pré-frontal tem um papel decisivo neste processo regulador (FUSTER, 1989). Doentes com lesões cerebrais nesta área apresentam falta de empatia para

além da incapacidade de controlo do comportamento.

Vários estudos que investigam a perspectiva do próprio *versus* a do outro apontam de um modo característico para a intervenção sistemática do córtex fronto-polar, córtex pré-frontal interno e cíngulo posterior, quando os participantes adoptam a perspectiva do outro.

As descobertas mais recentes da neuropsicologia clínica e das neurociências apontam para que o córtex fronto-polar esteja envolvido em processos reguladores ou inibitórios. Decety (2004) defende que este componente inibitório é necessário para regular e diminuir a auto-perspectiva, de modo a permitir a avaliação da perspectiva do outro. Esta regulação torna-se necessária na medida em que a auto-perspectiva prepotente, oriunda da ligação automática entre a percepção e a acção, é o modo normal de funcionamento e só a sua regulação permite a flexibilidade cognitiva e afectiva.

De acordo com esta conceptualização a empatia é uma capacidade intencional, voluntária. Sem consciência de si próprio e controlo das emoções não existe verdadeira empatia. Pelo contrário a partilha de emoções por si só leva apenas ao desconforto ou à ansiedade.

A empatia não é apenas a ressonância do afecto entre o eu e o outro, mas envolve também a representação explícita da subjectividade do outro. No entanto, estes autores não assumem um sistema unitário de empatia, mas sim sistemas múltiplos dissociáveis que necessitam de ser envolvidos de modo a que surja a experiência da empatia. A empatia é um processo que depende de motivação e é activado voluntariamente.

Isto faz com que a empatia seja uma capacidade humana flexível, e simultaneamente um método de aperfeiçoamento de conhecimentos e compreensão, sendo susceptível de intervenção cognitiva e social, como treino ou programas de aperfeiçoamento (exemplo: reeducação de personalidades anti-sociais, treino de psicoterapeutas e médicos e treino precoce de crianças em risco).

Marangoni; Garcia; Ickes (1995) e Ickes et al. (2000) demonstraram que algumas pessoas têm uma capacidade empática maior que outras. Uma diferença de personalidade testável que poderá influenciar esta capacidade de regulação de emoções é o temperamento, definido como perfil psicológico moderadamente estável no que diz respeito à qualidade e intensidade de respostas emocionais, atenção e auto-controlo que emerge durante a infância de acordo com as indicações genéticas (KAGAN, 1998; ROTHBART, BATES, 1998).

Preston e de Wall (2002) defenderam, baseados em inúmeros estudos (ver quadro 1) que a empatia pode ser modificada com a experiência. De um modo geral estas variáveis podem ser organizadas em categorias: 1) familiaridade/similaridade, 2) experiência passada, 3) aprendizagem implícita e explícita e 4) exuberância dos sinais. Os primeiros três efeitos podem ser explicados pelos processos de percepção acção porque por inerência se encontra ao nível das representações; o efeito número 4 tem que activar representações específicas.

Quadro 1. Factores que modificam a empatia: referências de estudos em diferentes espécies (adaptado de Preston; de Waal, 2002).

	FAMILIARIDADE	SIMILARIDADE	APRENDIZAGEM	EXPERIÊNCIA PASSADA	EXUBERÂNCIA
Ratos				Church, 1959; Watanabe, Ono, 1986	Lavery, Foley, 1963; Rice Gainer
Macacos	Aureli et al., 1989; Aureli et al., 1992; Cords, Thurnheer, 1993; Demaria, Thierry, 1992; Masserman et al., 1964; Miller et al., 1959.	Miller et al 1966; Miller et al 1967; Miller et al 1959	De Waal 1996; de Waal et al 1996	Masserman et al., 1964; Miller et al., 1967	Miller et al., 1959; Miller, Deets, 1976
Chimpanzês	O'Connel, 1995		Yerkes, Yerkes, 1929	Povinelli et al., 1992a	O'Connel, 1995
Bebês humanos	Zahn-Waxler, Radke-Yarrow, 1982	Martin, Clark, 1982; Zahn-Waxler et al., 1982; Simner, 1971	Caps, Sigman, 1996; Thompson, 1987		Lamb, Zakhireh 1997; Sagi, Hofman, 1976; Simner, 1971
Crianças humanas	Zahn-Waxler, 1982; Zahn-Waxler et al., 1984; Farver, Branstetter, 1994; Howes, Farver, 1987	Feshbach, Roe, 1968; Rosekrans, 1967; Shantz, 1975	Krebs, 1970; Eisenberg et al., 1983; Radke-Yarrow, 1983; Trivers, 1974; Ungerer, 1990; Zahn-Waxler et al., 1979; Zahn-Waxler et al., 1984	Murphy, 1937	Eisenberg et al., 1990; Eisenberg et al., 1993
Adultos humanos	Cialdini et al., 1997; Sawyer, 1966; Stinson, Ickes, 1992	Batson et al., 1981; Krebs, 1975; Toi, Batson, 1982; Gruen, Mendelson, 1986		Aronfreed, 1968; Gruen, Mendelson, 1986; Stinson, Ickes, 1992	Aronfreed, 1968; Eisenberg et al., 1991; Eisenberg et al., 1994; Gouldner, 1960

REFLEXÕES SOBRE EMPATIA E GRUPANÁLISE

Vou tentar agora imaginar o que se passa em termos neurobiológicos, numa sessão de análise, quando a empatia está em acção, o que equivale de algum modo ao que acontece quando uma mãe cuida do seu bebé, utilizando a sua capacidade de *réverie*, a sua função alfa.

1) Através do modelo de percepção-acção, sabemos que existem representações partilhadas entre as emoções do paciente e os circuitos neuronais respectivos do analista. Ou seja, a emoção do analisando é reflectida em espelho, através dos *mirror neurons*, nos circuitos neuronais que codificam a mesma emoção no analista. Este processo é automático, o analista não tem que fazer nenhum esforço consciente, é só deixar-se ir, sem se defender. Existe uma partilha afectiva natural e imediata, ainda antes de termos qualquer consciência do que se está a passar, e é sem dúvida espelhado na nossa cara, como todas as nossas emoções (conforme NAVA, 2003a), o que pode ser apreendido pelo paciente em terapia face a face e em grupanálise. Este fenómeno corresponde certamente a um dos componentes, não conscientes, ainda, da contratransferência e é extremamente rápido. A resposta vegetativa e somática, correspondente às emoções do paciente, é partilhada /disparada no grupanalista.

2) O segundo passo é a consciência do eu e do outro, que permite que haja uma consciência clara dos limites e que não haja confusão entre o eu e o outro. Permite que não

haja contágio emocional, que os analistas não se apaixonem pelos pacientes, não chorem, não gritem... Não fiquem invadidos pela emoção dos outros, como se fosse sua, o que impediria, obviamente, as capacidades terapêuticas de actuarem. Este nível implica processos conscientes, como tal, o treino do analista como pessoa e profissional é muito importante.

3) Finalmente, a flexibilidade mental permite introduzir mecanismos inibidores, que travam a perspectiva do analista (o seu referencial de vida, baseado em memórias implícitas e explícitas, marcadores somáticos que permitem tomar determinadas decisões). Nesta altura, processos reguladores entram em acção, de modo a que o analista possa assumir a perspectiva do outro. Esta é a parte que pode ser mais alterada através do treino do analista e onde a sua formação teórica assume maior importância. Este terceiro componente não implica ajuda directa, como Kohut disse, não vamos suprir directamente as necessidades, o analista vai fornecer uma explicação dessas necessidades.

Gostaria agora de explorar um pouco mais o primeiro componente da empatia – as representações partilhadas – em grupanálise.

Como vimos anteriormente, os *mirror neuron* são activados pela percepção visual e disparam de imediato em espelho. Mimetizam o que está a ser visto, ou seja, os circuitos correspondentes ao que está a ser observado, entram em acção. Também vimos que algumas investigações demonstraram que este fenómeno é mais completo e mais intenso quando se está a observar um modelo, mas, que também é activado quando o indivíduo imagina a acção do outro ou quando imagina a sua própria acção. Em termos analíticos estes dados levam-nos a novas reflexões sobre a seguinte particularidade: em grupanálise os analisandos vêm o analista, questão esta que já tinha sido afluída previamente por alguns grupanalistas (NAVA, 2000; NETO, 2002)

EM GRUPANÁLISE VÊ-SE – OS *MIRROR NEURON*

1) O grupanalista tem maior capacidade de perceber os seus grupanalizados porque os está a observar.

Está face a face e pode observá-los nos olhos. O modelo de percepção-acção leva-nos a concluir que o nível de representações partilhadas atinge maior intensidade, logo o grupanalista tem uma maior capacidade empática porque está face a face. A intensidade do processamento cerebral é muito maior do que quando o analista não vê o doente e apenas utiliza a audição. Até porque as emoções, como se sabe hoje em dia, têm um componente corporal que só pode ser visto na sua totalidade em face a face, o que permite pelo sistema de representações partilhadas que o grupanalista capte automaticamente com maior intensidade as emoções dos seus analisandos.

Este é o segredo da relação precoce mãe-filho. É o modo encontrado pela biologia

para que possa existir uma comunicação harmoniosa entre a mãe e o seu bebé, para que, sem quaisquer palavras, a mãe possa captar de forma empática (por representações partilhadas em espelho) as emoções, os sentimentos, as necessidades do seu filho. Efectivamente, uma grande parte da formação da personalidade dos nossos pacientes criou-se na relação precoce com os objectos do *self*, e a melhor maneira de aceder a ela é, provavelmente, através de uma investigação empática recriada nos mesmos moldes, aproveitando ao máximo as nossas capacidades biológicas.

E mais uma vez enfatizo que os *mirror neuron* atingem a sua potência máxima através do olhar. Se utilizarmos apenas a imaginação, também os colocamos em funcionamento, mas não estamos a aproveitar ao máximo as suas potencialidades. Assim sendo, o grupalista pode utilizar a sua capacidade de *réverie*, a sua função alfa, a sua capacidade de investigação empática de um modo muito similar aquele que é utilizado pela mãe na relação com o seu bebé. Deste modo, poderá aceder à angústia sem nome (tal como Bion a conceptualizou), às emoções e sentimentos mais profundos e precoces dos seus pacientes, ainda que eles não os possam verbalizar porque foram registados em sistemas de memória implícita nos primeiros anos de vida, quando ainda não existia a palavra. O facto de o grupalista poder ver o seu paciente, bem como o psicoterapeuta em face a face, potencia ao máximo as suas capacidades biológicas de comunicação, ou seja, as suas capacidades empáticas.

2) Observação de fenómenos relacionais dentro do grupo

Quando o analisando conta um episódio da sua vida, que aconteceu fora do *setting* analítico, o seu terapeuta pode imaginar o que aconteceu, que como sabemos despoleta em menor grau os circuitos de representação partilhada da empatia. Mas, quando o grupalista observa, dentro do grupo um episódio similar, através do modo como o grupalizando se relaciona com os outros elementos do grupo, ele atinge um maior nível de representações partilhadas, logo um maior grau de capacidade empática, uma maior capacidade de investigação. A acrescentar a este fenómeno, não nos devemos esquecer que, quando um paciente nos conta um episódio da sua vida, muitas vezes distorce-o inconscientemente, o que não acontece quando o está a viver *in loco* no grupo de análise.

3) Explicação interpretativa

Finalmente, quando o grupalista fornece a explicação daquilo que captou através da sua investigação empática é também mais facilmente captado e compreendido pelo paciente. Isto porque também o está a ver, e esta situação coloca em acção os mecanismos em espelho já descritos.

Penso que este trabalho também nos leva a reflectir sobre os factores que afectam as

capacidades empáticas do analista:

1. **familiaridade** (experiência prévia entre sujeito e objecto);
2. **similaridade** (sobreposição de características entre sujeito e objecto, por exemplo: raça, personalidade, idade, sexo);
3. **aprendizagem** (ensinamento explícito ou implícito);
4. **experiência passada** (com a situação que gera a perturbação)
5. **exuberância** (intensidade perceptual do sinal, por exemplo: mais alto, mais perto, mais realista).

Com vimos na primeira parte deste trabalho, vários estudos com animais, crianças humanas de diversas idades (Quadro 1) e adultos confirmam que quanto maior for a familiaridade e similaridade com o objecto, mais rica é a representação que o sujeito tem do objecto, envolvendo mais associações; e como tal, criando padrões de actividade mais complexos, mais elaborados e precisos. Este padrão é codificado com base na referência da experiência pessoal e da experiência do objecto.

Graças à ligação percepção acção, a familiaridade vai permitir que as expressões emocionais do sujeito e objecto sejam convergentes. Isto vai dar origem a um mapeamento mais directo de percepção acção, e uma melhor compreensão. Ou seja, a sobreposição entre o mapa do objecto e o mapa do sujeito é maior, e quanto maior é esta sobreposição, mais fácil é para o grupanalista aperceber-se da riqueza e da complexidade de emoções e sentimentos do seu paciente. Assim, quanto maior for a similaridade e a familiaridade entre o grupanalista e o seu grupanalizando, mais fácil lhe será compreender as emoções que está a captar: as suas redes neuronais reflectem em espelho mais pormenores e, como tal, é recriado um quadro mais complexo. Os ruídos de fundo, os pormenores que não interessam, são mais facilmente eliminados, o que permite captar uma imagem mais completa e real do mundo psíquico do seu paciente.

Pelo que foi exposto podemos deduzir que a similaridade entre o analista e o seu paciente é um factor que pode determinar um aumento da capacidade de empatia. Penso que esta variável é especialmente importante nos primeiros contactos, que são importantíssimos para se poder estabelecer a aliança terapêutica. Tanto mais que esta situação é bilateral, se por um lado o analista empatiza mais com o paciente, o paciente também pode empatizar mais com o analista. É da minha experiência clínica que este fenómeno ocorre bilateralmente e, de facto, há doentes mais parecidos comigo, com quem empatizo imediatamente, no primeiro contacto, avalio que existe reciprocidade, e nesse caso é relativamente fácil estabelecer a aliança terapêutica. Outros há em que esta dinâmica não ocorre e pode acontecer que estes pacientes não adiram ao tratamento. Como em tudo na vida, há excepções, no entanto é uma situação para a qual actualmente estou muito atenta e me pode levar a aceitar o caso ou a poder enviar a outro colega. É preferível estar alerta para esta situação de modo a que um paciente não desista de se tratar. Se detectarmos que ele não empatizou connosco, será

melhor assumirmos uma postura mais humilde e pôr a hipótese de sugerir um colega para o tratamento. Gostaria de chamar a atenção para o facto de me estar a referir ao primeiro contacto com o paciente, se esta situação ocorrer mais tarde, durante o processo terapêutico, implica obviamente outro manejo técnico.

Essa característica é também importante ao longo do tempo de análise uma vez que, quanto mais sobreponíveis são as representações partilhadas maior é a amplificação do processo de entendimento do outro. Este processo torna-se mais célere, mais focalizado, mais nítido em relação aos ruídos de fundo, sempre existentes num grupo. Nesta similaridade, para além das variáveis mais óbvias apresentadas – raça, sexo, idade, eu salientaria, na situação específica de análise: a estrutura de personalidade, os principais mecanismos de defesa.

Reflectindo sobre a minha experiência clínica, é fácil aperceber-me que entendo com rapidez surpreendente os mecanismos de defesa similares aos meus, que já foram por mim identificados ao longo da minha análise pessoal. Por outro lado, fico rapidamente contagiada com determinados mecanismos de defesa que utilizo mais inconscientemente, e que só com um trabalho de elaboração *a posteriori* identifico.

Pelo contrário, tenho mais dificuldade em identificar mecanismos de defesa e formas de funcionamento mental muito diferentes das minhas, e, ou não as entendo com facilidade, ou tenho necessidade de me defender (dá-me sono, desconcentro-me, procuro muitas explicações teóricas...).

Provavelmente há estruturas de personalidade que de um modo global entendemos melhor que outras. O que poderá estar relacionado com a nossa própria estrutura, ou com a dos nossos pais, com quem lidámos tantos anos.

Uma outra perspectiva é a de que a familiaridade pode suplantar a similaridade provavelmente quando existe forte ligação emocional (ZAHN-WAXLER et al., 1984; TEMERLIN, 1975; O'CONNEL, 1995; DE WAAL, 1997b). Neste sentido, a familiaridade que se vai criando ao longo de uma grupanálise é extremamente importante. De facto, estar três vezes por semana com uma pessoa, ao longo de anos (habitualmente num mínimo de seis), é realmente extraordinário. É pouco provável que possamos ter este nível de familiaridade com os nossos amigos. É claro que, numa psicoterapia de grupo de uma vez por semana, não se consegue atingir este nível de familiaridade e, como tal, a similaridade é talvez um factor mais importante na empatia conseguida. Por outro lado muita similaridade pode interferir no distanciamento óptimo (ou ideal) para a empatia eficaz.

Os efeitos de experiência passada podem também ser explicados pelos mesmos princípios da familiaridade e similaridade. Se o sujeito necessita de aceder às representações de um determinado estado interno para entender a situação do objecto, então será tanto mais empático quanto mais tiver experienciado estas situações ou estes estados.

De tudo o que foi exposto, se pode inferir que o grupanalista terá tanto mais capacidades empáticas com o seu doente quanto maior for a similaridade, familiaridade e

experiência passada. O que vem ao encontro da experiência subjectiva de que há doentes com os quais empatizamos mais do que outros, e dentro destes os que são mais parecidos connosco próprios, ou que tiveram experiências de vida mais similares às nossas, entendemos melhor.

Finalmente o factor da aprendizagem parece-me extremamente importante. É a variável que está, sobretudo, ligada à dimensão cognitiva da empatia e que o analista pode e deve aperfeiçoar. Como já disse, penso que este treino pode ser feito nas seguintes vertentes:

1. Análise pessoal

Só passando por este processo poderemos aprender as capacidades empáticas na prática. Tal qual os bebés aprendem a capacidade de *réverie* e a função alfa com as suas mães, e um dia põem em prática quando tiverem filhos, os futuros analistas aprendem a empatia analítica com os seus próprios analistas. Como vimos através do modelo de percepção-acção, aprendemos em espelho e esta aprendizagem é tanto melhor se pudermos ter um modelo que possamos imitar (CLARK; TREMBLAY; ST.-MARIE, 2003); e na situação analítica podemos observar e imitar. Imaginar é o modo mais difícil e deficiente de aprendizagem e isso é o que acontece quando lemos as técnicas de empatia nos livros.

2. Experiências de vida

O analista fechado apenas no seu consultório limita o seu modo relacional à situação em que possui o ascendente de analista, como se fosse figura parental. Não se relaciona com os seus pares. Isto sem dúvida limita a sua capacidade empática a uma situação muito especial. Parece-me importante que continue a desenvolver as suas capacidades relacionais e empáticas no mundo real, integrado em grupos restritos ou alargados – a família, os amigos, o grupo profissional ou outros grupos sociais. Se assim não for, as suas experiências de vida deixam de existir, e não poderá entender tão bem as experiências dos seus doentes, uma vez que nesse caso apenas teria acesso a memórias longínquas.

É claro que estou a enunciar uma situação limite, que penso que na prática não existe. Mas, a minha intenção é enfatizar a importância que as experiências de vida do grupanalista têm na sua capacidade empática. Nomeadamente, na actualidade, tanto as experiências de casamento, como as de divórcio são muito importantes. Também a experiência de ter filhos é uma experiência única, inenarrável e impossível de se aprender apenas em teoria, e que penso que contribui enormemente para entender os pacientes que têm filhos. Aliás é algo tão evidente para a maioria das pessoas, que é muito vulgar os meus pacientes perguntarem se eu tenho filhos. Penso que isto tem a ver com o facto do próprio ter a consciência de que determinadas vivências só podem ser entendidas verdadeiramente depois de serem vividas na

sua própria pele, depois de se ser efectivamente pai ou mãe.

3. *Formação teórica*

Os conhecimentos teóricos são essenciais no momento em que são utilizados os mecanismos reguladores que permitem que o analista assume a perspectiva do outro. É a dimensão mais elaborada e especializada do nível cognitivo da empatia. São utilizados de modo não automático, voluntário e consciente. Permitem a explicação ao doente das suas emoções e sentimentos; por outras palavras, permitem a comunicação da compreensão empática que Kohut conceptualizou como sendo um agente terapêutico. E assim sendo, é óbvia a sua importância. De um modo simplista, não basta aprendermos a deixar-nos contagiar livremente pelas emoções dos nossos doentes, é fundamental estarmos munidos de ferramentas teóricas para lhes darmos uma explicação com sentido. Só assim é possível acontecer a internalização transmutadora. Não basta ser bonzinho e simpático, temos que estar apetrechados com conhecimentos científicos válidos.

Provavelmente a eficácia dos *meeting moments* de Stern também comporta esta vertente. Como já defendi noutro trabalho (Nava, 2003a), estes momentos inesperados de tensão e empatia mútua são momentos de grande *stress biológico*, caracterizado por altos níveis de hormonas de *stress*, momentos de grande capacidade de memorização implícita e até certos níveis de *stress* explícito. Momentos de encontro em que o nosso corpo explode numa resposta coordenada pelo sistema nervoso autónomo e humoral. Nestes momentos é possível a criação de novas memórias explícitas e implícitas. Penso que são estes momentos, uma espécie de janela biológica, que permitem a mudança em análise, a formação de novas memórias implícitas, mas isto não acontece na ignorância científica, a formação teórica subjacente é fundamental.

4. *Supervisão*

A supervisão é um complemento prático da formação teórica. É o *setting* ideal para a complementação dos conhecimentos teóricos, mas também permite a análise de alguns dos nossos pontos cegos. Aí podem de algum modo ser descobertos aspectos contratransferenciais e algumas falhas empáticas, não conscientes para o analista.

5. *O aprender com a experiência de ser analista*

Não podemos esperar que nosso analista, nosso supervisor e os livros façam o trabalho todo de descobrir todas as nossas falhas. Existe um trabalho pessoal muito importante baseado no aprender com a experiência. Não estou só a falar da continuação da nossa auto-

análise pessoal, mas também do facto de nos irmos confrontando com os efeitos indesejáveis das nossas falhas empáticas. É claro que Kohut defendeu que há um componente de falhas empáticas necessário para o próprio processo de tratamento, no entanto há sempre algumas arestas a limar.

Por outro lado, a capacidade de investigação empática mantida permite-nos fazer descobertas clínicas importantes, referentes ao tipo de doentes e patologias que nos chegam. Ou seja, a nossa própria investigação clínica fornece-nos dados para intuirmos novas conceptualizações teóricas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLAKEMORE, S. J.; DECETY, J. From the perception of action to the understanding of intention. **Nature Reviews Neuroscience**, 2, p. 561-567, 2001.
- CLARK, S.; TREMBLAY, F.; ST-MARIE, D. Differential modulation of the corticospinal excitability during observation, mental imagery and imitation of hand actions. **Neuropsychologia** 42, p. 105-112, 2003.
- DE WALL, F. B. M. **Bonobo: The forgotten ape**. USA: University of California Press, 1997.
- DECETY, J.; CHAMINADE, T.; GRÈZES, J.; MELTZOFF, A. N. A PET exploration of the neural mechanisms involved in reciprocal imitation. **NeuroImage**, 15, p. 265-272, 2002.
- DECETY, J.; GRÈZES, J.; COSTES, N.; PERANI, D.; JEANNEROD, M.; PROCYK, E. et al. Brain activity during observation of action: Influence of action content and subject's strategy. **Brain**, 120, p. 1763-1777, 1997.
- DECETY, J.; JACKSON, P. The functional architecture of human empathy. **Behavioural and Cognitive Neurosciences Reviews**, v. 3, n. 2, p. 71-100, jun 2004.
- DECETY, J.; PERANI, D.; JEANNEROD, M.; BETTINARDI, V.; WOODS, R.; MAZZIOTTA, J. C. et al. Mapping motor representations with positron emission tomography. **Nature**, 371, p. 600-602, 1994.
- FADIGA, L.; FOGASSI, L.; PAVESI, G.; RIZZOLATI, G. Motor facilitation during action observation: A magnetic stimulation study. **Journal of Neurophysiology**, 73, p. 2608-2611, 1995.
- FUSTER, J. M. **The pre-frontal cortex**. New York: Raven, 1989.
- GRÈZES, J.; DECETY, J. Functional anatomy of execution, mental simulation, observation, and verb generation of actions: A meta-analysis. **Human Brain Mapping**, 12, p. 1-19, 2001.
- IACOBONI, M.; WOODS, R. P.; BRASS, M.; BEKKERING, H.; MAZZIOTTA, J. C.; RIZZOLATTI, G. Cortical mechanisms of human imitation. **Science**, 286, p. 2526-2528, 1999.
- ICKES, W. **Everyday mind reading**. New York: Prometheus, 2003.

ICKES, W.; BUYSSE, A.; PHAM, H.; RIVERS, K.; ERIKSON, J. R.; HANCOCK, M. et al. On the difficulty of distinguishing “good” and “poor” perceivers: a social relations analysis of empathic accuracy data. **Personal Relationships**, 7, p. 219-234, 2000.

KAGAN, J. Biology and the child. In: DAMON, W.; EISENBERG, N. (Eds.). **Handbook of child personality development**. New York: Wiley, 1998. p. 177-236.

KEENAN, J. P.; GALLUP, G. G.; FALK, D. **The face in the mirror**: The search for the origins of the consciousness. New York: HarperCollins, 2003.

KEYSAR, B.; LIN, S.; BARR, D. J. Limits on theory of mind in adults. **Cognition**, 89, p. 25-41, 2003.

KNOBLICH, G.; FLACH, R. Action identity: evidence from self recognition, prediction and coordination. **Consciousness and Cognition**, 12, p. 620-632, 2003.

KOHUT, H. **How does analysis cure**. Chicago: University Chicago Press, 1984.

LIPPS, T. Eifühlung, innere Nachahmung und Organempfindung. **Archive für die Gesamte Psychologie**, 1, p. 465-519, 1903.

MARANGONI, G.; GARCIA, S.; ICKES, W. Empathic accuracy in clinical relevant setting. **Journal of Personality and Social Psychology**, 68, p. 854-870, 1995.

NAVA, A. S. Grupanálise em carne viva. **Revista Portuguesa de Grupanálise**, 2, p. 59-91, 2000.

NAVA, A. S. **O cérebro apanhado em flagrante**. Lisboa: Climepsi, 2003a.

NAVA, A. S. O inconsciente e grupanálise: poder ir mais além. **Grupanaliseonline.pt**, v.1, p. 37-42, 2003b.

NETO, I. To see and be seen: “the added value” of group analysis. In: **Anais do 12th European Symposium in Group Analysis**. Bologna, 2002.

O'CONNEL, S. M. Empathy in chimpanzees: evidence for theory of mind? **Primates**, 36, p. 397-410, 1995.

PERNER, J.; LANG, B. Development of theory of mind and executive control. **Trends in Cognitive Science**, 3, p. 337-344, 1999.

PRESTON, S. D.; DE WAAL, F. B. M. Empathy: its ultimate and proximate bases. **Behavioural and Brain Sciences**, 25, p. 1-72, 2002.

PRINZ, W. Perception and action planning. **European Journal of Cognitive Psychology**, 9, p. 129-154, 1997.

REDDY, V. On being the object of attention: implications for self-other consciousness. **Trends in Cognitive Sciences**, 7, p. 397-402, 2003.

RIZZOLATTI, G.; FOGASSI, L.; GALLESE, V. Neurophysiologic mechanisms underlying the understanding and imitation of action. **Nature Review Neuroscience**, 2, p. 661-670, 2001.

ROCHAT, P.; STRIANO, T. Perceived self in infancy. **Infant Behaviour and Development**, 25, p. 513-530, 2000.

ROTHBART, M. K.; BATES, E. Temperament. In: DAMON, W.; EISENBERG, N. (Eds.). **Handbook of child personality development**, Vol. 3: Social, emotional, and personality development. New York: Wiley, 1998. p 105-176.

ROYZMAN, E. B.; CASSIDY, K.W.; BARON, J. I know you know: epistemic egocentrism in children and adults. **Review of General Psychology**, 7, p. 38-65, 2003.

RUBY, P.; DECETY, J. Effect of subjective perspective taking during simulation of action: a PET investigation of agency. **Nature Neuroscience**, 4, p. 546-550, 2001.

TAMM, L.; MENON, V.; REISS, F.A.L. Maturation of brain function associated with response inhibition. **Journal of American Children and Adolescent Psychiatry**, 41, p. 1231-1238, 2002.

TEMERLIN, M. K. **Lucy: growing up human**. Palo Alto, CA: Science and Behaviour Books, 1975.

TOMASELLO, M. **The cultural origins of human cognition**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1999.

WISPÉ, L. The distinction between sympathy and empathy: to call for a concept a word is needed. **Journal of Personality & Social Psychology**, 50, p. 314-321, 1986.

ZAHN-WAXLER, C.; HOLLENBECK, B.; RADKE-YARROW, M. The origins of empathy and altruism. In: FOX, M. W.; MICKLEY, L. D. (Eds.). **Advances in animal welfare science**. Human Society of the United States, 1984.

Endereço para correspondência

Ana Sofia Nava

E-mail: clinicatagide@netcabo.pt

Recebido em 05/08/05.

1ª Revisão em 29/09/05.

Aceite final em 05/10/05.

¹ Psiquiatra em Lisboa, grupanalista, membro titular da Sociedade Portuguesa de Grupanálise e da Group Analytic Society – London (GAS). Membro fundador da Sociedade Internacional de NeuroPsicanálise.