

## El concepto de empatía - uso y limitaciones<sup>7</sup>

Sonia Bialikamien G.<sup>8</sup>

### Sinopsis

En este artículo la autora desarrolla el concepto de empatía, desde el uso corriente hasta el uso terapéutico, y lo diferencia de otros conceptos (simpatía, intuición) que se han usado de manera semejante. Enfatiza que en el contexto terapéutico es importante comprender que la función empática activa del analista conduce a la comprensión del estado interno del paciente. La autora hace entonces un acercamiento, a las ideas de algunos psicoanalistas al respecto de la empatía, desde Ferenczi hasta Kohut, y finalmente destaca el uso y las limitaciones en el contexto terapéutico.

**Palabras clave:** Empatía, simpatía, intuición, introspección

### El concepto de empatía

El concepto de empatía, que fue introducido por primera vez al psicoanálisis por Freud, fue antes la piedra angular de una teoría de la experiencia artística y estética concebida por el psicólogo alemán Theodore Lipps (1903 - 1907). El término de Lipps "Einfühlung", el que literalmente significa "sentir en" fue traducido al inglés por el psicólogo Titchener como "empathy" (empatía), fundándose en equivalentes griegos y latinos.

El término de empatía posee una serie de connotaciones y significados que se han asimilado a través del uso popular y el uso técnico; estas adiciones no son necesariamente intrínsecas ni a las propiedades psicológicas

---

<sup>7</sup> Artículo publicado en la Revista Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Colombiana, vol. 6 # 1 de 1991.

<sup>8</sup> Miembro Titular Asociación Psicoanalítica Colombiana, q.e.p.d.

del fenómeno ni a su efecto terapéutico. Por ejemplo, en el lenguaje común, la palabra empatía ha llegado a usarse como sinónimo de la palabra simpatía; sin embargo, en el contexto terapéutico sí resulta importante distinguir estos términos. Mientras que simpatía significa sentir lo mismo que otra persona, la empatía significa comprender, además de compartir de una manera que va más allá de un compartir los sentimientos de manera superficial; en esencia puede decirse que la empatía es un fenómeno intrapsíquico basado en la capacidad humana para conocer la experiencia interna de otra persona.

Así mismo con frecuencia se relaciona la empatía con el amor y el cariño. Se describe a las personas como cálidas o cariñosas o empáticas y, en la terapia, las intervenciones cálidas del terapeuta con frecuencia se describen automáticamente como intervenciones empáticas; si bien existen vínculos intrínsecos entre la calidez, el amor y la empatía, éstos no son ni simples ni directos ya que, ni la calidez ni el cariño generan directamente comprensión.

Por otro lado, con frecuencia se considera que la empatía es semejante a la intuición o que está relacionada con ella; varios autores (Kohut, Beres y Aslow) establecen una distinción entre los dos fenómenos. Mientras que la intuición consiste en sacar conclusiones a partir de indicios mínimos y tiende a ser principalmente una habilidad cognitiva que pertenece a la esfera del conocimiento, la empatía pertenece principalmente a la esfera de la experiencia humana y posee importantes componentes afectivos. Ambas, sin embargo, tienen evidentes funciones de generación de percepción y de generación de conocimiento. La empatía es similar a la intuición porque ambas son, en cierta forma, fuentes de conocimiento. Cuando Freud introdujo la idea de empatía en el psicoanálisis, la definió como el “mecanismo que hace posible que podamos adoptar cualquier actitud hacia otra vida mental” y, apuntó a una función esencial de dilucidación o de conocimiento. Estas funciones de la empatía, como sugiere el comentario de Freud, son esenciales en la conducción de un tratamiento que se funda

en la comprensión tanto cognitiva como afectiva, de la vida mental de otra persona. Heinz Kohut, define la empatía como una “introspección vicaria”, o sea la capacidad de penetrar con el pensamiento y el sentimiento en la vida interior de otra persona. Es la capacidad de vivenciar, en todo momento de la vida, lo que otra persona vivencia, aunque en un grado atenuado. Para Book la esencia de la empatía es experimentar los estados emocionales conscientes e inconscientes del paciente y requiere del terapeuta la habilidad de oscilar entre observador, participante y observado. Jaffe se refiere a esta oscilación como pensar con el paciente y luego pensar acerca del paciente.

De la exploración de la naturaleza de la operación de “sentir dentro” se deriva una explicación del modo de transmisión y el tipo de comprensión y conocimiento acerca de la vida mental de otra persona, es un proceso creativo que se funda en funciones creativas específicas que, en el campo de la psicoterapia significa insistir en la acción libre y volitiva tanto del terapeuta como del paciente, para, desarrollar estructuras y rasgos nuevos, eficaces y valiosos en la personalidad del paciente; (dado que nadie puede crear nada, ya sea en el campo de la poesía, la prosa, la pintura o la teoría científica, sin una fuerte motivación para hacerlo). El paciente opta activamente por romper con el pasado y el terapeuta emplea activamente modalidades de pensamiento y acción similares a las modalidades creativas de las artes, las letras y las ciencias. Para el Doctor Albert Rothenberg una de las modalidades creativas es el proceso “homoespacial”, que consiste en concebir activamente dos o más entidades distintas que ocupan el mismo espacio, concepción que conduce a la articulación de dos nuevas identidades; a diferencia de la condensación del proceso primario, el proceso “homoespacial” no supone sustituciones espaciales ni formaciones intermedias sino que las entidades sensoriales (visual, auditiva, táctil, olfatoria, gustativa o kinestésica) se conciben consciente e intencionalmente como ocupando una ubicación espacial idéntica. Esto da lugar a una percepción mental vaga e inestable en lugar de las imágenes vividas características del proceso primario, puesto que los elementos

espaciales distintos no pueden mantenerse de manera consciente exactamente en el mismo lugar, y una nueva identidad entonces se articula en la forma de una metáfora o de otra unidad estética. Por otro lado, mientras que en la condensación del proceso primario los aspectos de las distintas entidades se combinan en la misma área espacial con la finalidad de representar a todas las entidades al mismo tiempo, el proceso “homoespacial” no supone ninguna combinación sino, más bien, imágenes enteras que interactúan y compiten por la misma ubicación.

El terapeuta “siente dentro” y concibe su autorrepresentación junto con la del paciente en el mismo espacio. En este proceso el terapeuta superpone activamente la imagen de si-mismo con su modelo mental del paciente. El terapeuta puede concebirse como que está realmente sentado en el lugar del paciente e incluir en esta imagen las experiencias verbales, visuales, auditivas etc. que ha tenido en las sesiones anteriores con el paciente; como las modalidades sensoriales son de varias clases, el terapeuta experimenta superposiciones de representaciones múltiples que se asocian con la ubicación y la experiencia psicológica del paciente, es decir, con la manera en que el paciente se sienta, se mueve, experimenta el amor, etc...; es importante señalar que existen superposiciones del “Espacio vivido” del terapeuta y del paciente, el modelo mental de los sentimientos, pensamientos y experiencias del paciente y la representación mental del terapeuta, de sus propios sentimientos, pensamientos y experiencias. Este modelo mental del terapeuta puede derivarse y en efecto se deriva generalmente, en las experiencias empáticas que se desarrollan de manera más eficaz y plena de un vínculo prolongado y duradero con el paciente.

En el proceso terapéutico, la empatía es una función activa y motivada que conduce a una comprensión particular del estado psicológico interno del paciente. Es como Schafer (1959) describe: “un acto creativo” en las relaciones personales.

La empatía terapéutica no es igual a lo que se ha denominado “desempeñar el papel del otro”, como tampoco es igual a “ponerse con” el paciente o ponerse de su lado o simplemente concebir cómo se siente la otra persona. Estos constituyen aspectos tempranos del proceso empático, no obstante, estar simplemente del lado del paciente de por sí no produce conocimiento acerca de la experiencia interna del paciente, ni tampoco conduce necesariamente a este conocimiento. Concebir los sentimientos de otra persona supone, principalmente, un cambio de perspectiva lo que es solamente un aspecto de la interacción humana cotidiana y de todas las relaciones funcionales.

En la experiencia empática del terapeuta, el proceso “homoespacial” supone ubicar la imagen o representación del sí-mismo en el mismo espacio mentalmente concebido en tanto que la imagen, la representación o el modelo del paciente. La representación del sí-mismo y del objeto se encuentran, para el terapeuta, en interacción dinámica entre sí. Estos elementos interactivos, conformados por recuerdos, ideas y afectos conscientes e inconscientes, se modifican mutuamente en una elaboración dinámica continua y, al mismo tiempo, conservan sus rasgos características distintos. Con las representaciones del sí-mismo y del objeto dentro del mismo espacio mental, los elementos conscientes e inconscientes de la representación del sí-mismo modifican la representación del objeto y viceversa; las ideas, recuerdos y sentimientos particulares vinculados con la representación del sí-mismo interactúan con las ideas, los recuerdos y los sentimientos experimentados que se han incorporado en la representación del objeto. Esta reunión no supone la superposición ni la condensación ni la combinación, sino que, más bien tiene lugar una interacción y una modificación mutua, al mismo tiempo que las fronteras del sí-mismo y del objeto permanecen intactas.

Las presentaciones empáticas pueden constituir la base para la acción informada y racional que conduce a la decisión de interpretar o de no interpretar una determinada postura defensiva del paciente.

Estas presentaciones se evalúan y se prueban a través de interpretaciones de clarificación, de interpretaciones específicas derivadas y de las respuestas del paciente.

El proceso “homoespacial” promueve el descubrimiento y la aparición de los derivados inconscientes en la consciencia, dando lugar al proceso de desenmarañamiento o sea que los fragmentos representativos de los deseos, las fantasías y de otros contenidos inconscientes se “descondensan” y se incorporan en el trabajo en curso. Si bien no es necesario ni suficiente que los contenidos inconscientes del terapeuta y del paciente coincidan de manera coherente o exacta, la validez es bastante significativa ya que el proceso empático se funda tanto en la producción del paciente como el modelo del paciente que el terapeuta deriva de la experiencia terapéutica. Aunque el proceso empático también se funda en parte en los propios recuerdos y experiencias del terapeuta, éste se distingue de la intuición común que se funda exclusivamente en la memoria.

El conocimiento que se deriva del proceso “homoespacial” en el contexto de la experiencia empática se inscribe más claramente en el campo del pensamiento y de la percepción, y se encuentra entretelado de manera inextricable con el afecto, las motivaciones y otras dinámicas intrapsíquicas y de relaciones objetales. La superposición mental implica una ampliación del campo de la percepción mental y de los pensamientos conscientes, que consiste en tomar consciencia o en prestar atención a los aspectos de la comunicación verbal o no verbal, de un paciente que antes no se habían tomado en cuenta; estos aspectos pueden representar rasgos de la comunicación actual del paciente o pueden derivarse de las comunicaciones con el pasado.

Para el terapeuta que emprende una experiencia empática en tanto que proceso creativo, también existen elementos cargados de emociones que dan lugar al proceso, tanto de corto como de largo plazo; los elementos que dan lugar a procesos de largo plazo consisten en interacciones complejas entre el sí-mismo y el objeto y en simbolizaciones del sí-mismo y

el objeto que son orientadas por el acuerdo particular del tratamiento y por las características de los antecedentes del terapeuta y del paciente.

Greenson (1960) y Pollack (1977) sugieren una tendencia a la depresión en las personas que tienen especial capacidad para la empatía y ésta podría ser un antecedente constante en el caso del terapeuta (función del duelo en la liberación de la creatividad).

El elemento que da lugar al proceso creativo de corto plazo puede ser la sensación de estar bloqueado o de no comprender al paciente, puede ser la intromisión de una fantasía personal o puede ser un reconocimiento de las similitudes entre lo que el paciente ha dicho o hecho y algo experimentado por el analista; una vez que se inicia, el terapeuta se arriesga y va al encuentro de experiencias que generan angustia personal con el fin de lograr la comprensión. Es debido a esta experiencia de angustia, que precede a la comprensión, que el terapeuta mismo experimenta a veces los acontecimientos empáticos como dramáticos. No se trata de una operación mecánica, sino que se trata de una habilidad creativa que se desarrolla y que se aprende, aunque sus características detalladas pasen muy rápido a través de la consciencia; además de la angustia se advierte también placer y la concomitancia de angustia y placer constituye el sello de todo proceso creativo. Este proceso creativo compartido en el que participa tanto el terapeuta como el paciente se orienta a la construcción de una nueva estructura y nuevos atributos en la personalidad del paciente.

### **Desarrollo de la empatía en la teoría y la técnica psicoanalítica**

Sandor Ferenczi, el padre del acercamiento interpersonal empático, planteó durante el último período de su vida (1926 - 1933), la existencia de "traumas reales" tales como el destete y el entrenamiento en el control de esfínteres, pero manifestó que es la presencia de reacciones parentales inapropiadas lo que transforma estos traumas reales inevitables en patológicos; los padres tienden a no percibir los intereses de los niños y crean, a través de la evasión de respuestas adecuadas y de mentiras, una

atmósfera hipócrita que lleva al niño a negar sus verdaderos sentimientos, lo que genera más adelante, en el adulto, rasgos de pesimismo, escepticismo y desconfianza; la similitud en la situación analítica con la infantil, impele al paciente a la repetición, por lo tanto, el analista puede con su empatía crear un contraste terapéutico a la experiencia infantil del paciente. La situación analítica libre de hipocresía da la oportunidad de una nueva experiencia curativa.

Ferenczi fue el primero en llamar la atención sobre la importancia de la calidez del medio ambiente durante la infancia, durante la cual se reciben de manera traumática las fallas discretas pero continuas. También fue el primer psicoanalista en enfatizar la calidez de la relación analítica y sugirió que esta relación puede ser en sí misma curativa y formuló la técnica para aquellos pacientes con déficit egotal que presentan minusvalía, sentimientos de dolor, abandono y pérdida, y en quienes el análisis tradicional es insuficiente, el analista debe ser más cálido para que le permita al paciente liberarse del trauma original y tenga la oportunidad de un nuevo comienzo.

En 1928 Ferenczi introdujo el concepto de empatía, la elasticidad en la técnica psicoanalítica; el primer paso fue el concepto del “tacto”; fue el primer psicoanalista en utilizar los mensajes preverbales del paciente para interpretar procesos inconscientes, dado que era un observador participante, en el verdadero sentido de la palabra, estaba emocionalmente involucrado en el impacto que producían sus interpretaciones en el analizando, por lo anterior introdujo el uso del tacto, o empatía en la práctica psicoanalítica; le sugirió a los psicoanalistas seguir “la regla de la empatía”, en aquellos pacientes que movilizan rechazo.

Desde 1928 hasta su muerte, Ferenczi se dedicó al desarrollo de su método empático; por el proceso de mutualidad, transformó la sesión analítica en una experiencia humana y democrática.

Varios teóricos actuales han adoptado varias de las nociones de Ferenczi; el trabajo de D.W. Winnicott es un ejemplo de este reencuentro; tanto Ferenczi como Winnicott fueron sensibles al niño lastimado; observaron que

muchos de sus pacientes no sufrían por deseos reprimidos bajo conflictos edípicos neuróticos, sino más bien, debido a fallas tempranas en la relación madre-hijo que causaban un desarrollo patológico y lo que Winnicott denominó “la organización de un falso *self*”; en el tratamiento, Winnicott concluye que la participación activa del terapeuta no solo es apropiada sino vital, y que su sensibilidad y adaptación a las necesidades del paciente son indispensables, ser lo suficientemente “buena madre” (la que fue perdida en la infancia), y poder utilizar con este tipo de pacientes una técnica flexible o elástica. Estas necesidades básicas cuando son activadas en la regresión, deben ser resueltas antes que se pueda continuar con el progreso terapéutico.

Winnicott redescubrió la noción de “falso *self*, si las injurias externas sobre el niño son crónicas o severas, se produce el desarrollo reactivo del falso *self*, perdiendo el contacto con su verdadera naturaleza y sentimiento, el “*self* verdadero”, el cual es enterrado como protección, e incapaz de desarrollar algunas capacidades, como la capacidad a estar solo.

El insight de Ferenczi, sobre la importancia de las cualidades en la relación padres-hijo, puede verse también como formando la esencia de la psicología del “*self* de Heinz Kohut; quien planteó que el niño tiene unas determinadas necesidades narcisísticas, la satisfacción de estas necesidades es una parte normal e imprescindible para el desarrollo narcisístico lineal del niño; estas necesidades son satisfechas por la presencia empática de los objetos/sí-mismos que los constituyen los padres, especialmente la madre. Los objetos/sí-mismo, son experimentados por el niño, como una parte del si-mismo y son utilizados por el niño en dos sentidos: como espejo del vigor, grandiosidad y perfección idealizados y para representar una imagen parental idealizada de calma, infalibilidad y omnipotencia, donde el niño se mira y con quien se fusiona. Una experiencia exitosa con los objetos/sí-mismo da como resultado un *self* cohesivo (sano), que incluye autoconfianza, autoconsideración y autoconvicción. Aunque Kohut da importancia a la constitución, concluye que el éxito o el fracaso del desarrollo temprano del niño depende principalmente de las cualidades

actuales de los padres, no importa tanto lo que los padres dicen al niño sino lo que ellos son. Si los padres están dominados por sus propias necesidades, el resultado de su propio *self* inseguro, el niño será incapaz de formar un *self* cohesivo; de manera similar a lo planteado por Ferenczi, Kohut concluyó que en un medio ambiente adecuado (responsivo, padres empáticos, etc.), el niño será capaz de soportar los más severos golpes y disgustos; es más, sostuvo que los shocks emocionales ganan su esencia de patogénicos debido a las reacciones de los adultos.

Ferenczi planteó algunos aspectos de las reacciones parentales patológicas, su hostilidad inconsciente, falta de sinceridad, falta de amor, etc.; las formulaciones de Kohut se dirigieron especialmente a las necesidades primarias del niño, ambos, separados por cincuenta años y con una nueva terminología plantean el mismo problema: la falla de los padres, especialmente la madre, en dar lo que el niño necesita, lo que se repite en la situación analítica, es decir, que al no reconocer la validez y legitimidad de las demandas del paciente en materia de respuestas del objeto/sí mismo que promuevan su desarrollo, el analista le falla, como antaño le falló su progenitor, con frecuencia, aquel progenitor más sensible en quien el niño se volcó, lleno de esperanzas, cuando el otro progenitor le falló con su respuesta todavía más insensible y más gravemente distorsionada.

Para Kohut no es concebible ninguna psicología de estados psíquicos complejos sin el empleo de la empatía, se trata de una herramienta de observación, neutral, respecto de los valores que:

- Puede llevar a resultados correctos o incorrectos;
- Puede ser utilizada al servicio de propósitos compasivos, hostiles y neutrales y puede ser empleada ya sea de una manera rápida y fuera de la conciencia o bien de una manera lenta y deliberada, con una atención consciente y focalizada.

La define como una “introspección vicaria”, o como el intento de una persona de vivenciar la vida interior de otra, pero manteniendo simultáneamente la postura de observador objetivo.

La psicología del sí-mismo ha aportado nuevas teorías que ampliaron y profundizaron el campo de la percepción empática. Se establece en el niño una secuencia de dos pasos:

- Paso uno: fusión empática con la organización psíquica madura del objeto/sí-mismo y participación en la experiencia de dicho objeto de una señal afectiva en lugar de la defusión afectiva;

- Paso dos: las acciones del objeto/sí-mismo tendientes a satisfacer necesidades que si se la experimenta en forma óptima durante la infancia, constituye uno de los pilares de la salud mental durante toda la vida, mientras que, si los objeto/sí-mismo de la infancia fracasan, las deficiencias psicológicas o distorsiones resultantes persisten como una carga que será inevitable soportar durante toda la vida.

El mismo principio de dos pasos subyace en la actitud del analista con respecto a sus pacientes, cada interpretación y cada reconstrucción consiste en dos fases: primero el paciente debe darse cuenta de que lo han comprendido y entonces el analista podrá mostrarle los factores dinámicos y genéticos específicos que explican el contenido psicológico que captó al comienzo a través de la empatía; algunas de las resistencias más persistentes se movilizan como respuesta al hecho de que se ha pasado por alto la etapa de comprensión, la etapa del eco empático o fusión del analista con el paciente; a veces se requiere de períodos prolongados de comprensión antes de que el segundo paso resulte útil y aceptable. Cuando un paciente se enoja con su analista lo hace por que una temprana situación traumática específica genéticamente importante se ha repetido en la situación analítica: la experiencia de la respuesta deficiente, no empática, del objeto/sí-mismo. La rabia del paciente es rabia narcisística.

Podría decirse que lo que hacen las reconstrucciones genéticas e interpretaciones dinámicas correctas no es sino probarle una vez más al analizando que otra persona ha logrado comprenderlo, lo que le posibilita volverse cada vez más objetivo respecto de sí y de sus problemas.

El pasaje hacia una mayor objetividad durante el análisis debe considerarse un signo de progreso evolutivo; guarda paralelo con el reemplazo de una experiencia con el objeto/sí-mismo por otra, el reemplazo de la experiencia con el objeto/sí-mismo arcaico por la que se da con otro maduro, el reemplazo de la fusión con el objeto/sí-mismo por la resonancia empática que de este proviene. Tal como sucede en la infancia normal, también en las experiencias análogas del adulto en análisis, a medida que se pasa de la comprensión a la explicación aumenta la distancia física entre el sí-mismo y el objeto/sí-mismo, al tiempo que se mantiene la proximidad empática; en síntesis, la captación empática por el observador analítico de lo que el niño o el paciente siente debe tomarse en cuenta al formular la comprensión teórica de la importancia de dicho avance; la resonancia empática del júbilo compartido (acerca de un logro evolutivo o de un acto de autoafirmación), ha sustituido el contacto físico y la fusión corporal.

Gracias a las teorías de la psicología del sí-mismo es posible percibir empáticamente configuraciones que de otro modo se escaparían. Específicamente, estas nuevas formulaciones teóricas permiten reconocer al analista que no sólo puede convertirse en el blanco de los deseos pulsionales de su analizando, sino también de sus necesidades en materia de objetos/sí-mismos. Como tales teorías lo llevan a centrar su empatía analítica en esas necesidades de sus pacientes, antaño frustradas pero reactivadas ahora, partiendo de la base de que los datos que le suministra el analizando, justifican inferir que lo que se moviliza en la transferencia son estas necesidades de objetos/sí-mismos, y no deseos pulsionales, podrá explicar tales necesidades (y su frustración) sin censura, vale decir, como necesidades primarias a las que no se respondió en la infancia, que quedaron escondidas y cuya reactivación transferencial debe ser bienvenida como un logro positivo, por lo que, sería un error interpretarla como deseos pulsionales, sexuales y agresivos, generadores de angustia y de culpa.

Para Kohut, la teoría de la cura terapéutica del objeto/sí-mismo, en la que la empatía juega un papel muy importante, no se aplica únicamente al análisis de trastornos analizables del sí-mismo (en el sentido estrecho de la palabra), sino al de todos los trastornos analizables, y en todos los análisis en los que se interpreta y elabora la transferencia.

Shapiro (1974) presenta un espectro útil, integrado por cinco experiencias humanas posibles, que van desde la extremadamente egocéntrica hasta la más centrada en el objeto:

1.- El individuo no admite su percepción de los sentimientos del otro. Evidentemente, esta respuesta no es empática.

2.- Percibe los sentimientos del otro, pero no comprende el motivo. Esta respuesta tampoco es empática.

3.- Percibe los sentimientos del otro y reconoce dos cosas: que él siente o sentiría igual, y que la congruencia de sentimientos se basa en una circunstancia específica. Es una respuesta claramente empática, puesto que se funda en la convicción de que, en igualdad de circunstancias, la mayoría de las personas sentirían lo mismo.

4.- Le basta observar al otro para reconocer que él siente igual, aunque desconozca el agente causal. Es una experiencia que revela una gran inmediatez entre el sujeto y el observador, en la que los límites de sus Yoes permanecen intactos.

5.- Está convencido de que siente igual que el otro, sea cual fuere la circunstancia o expresión de este. Se borran los límites entre el Yo y el objeto y se tiene la convicción de vivir una experiencia de fusión.

La terapia es más eficaz cuando el terapeuta se mantiene en el tercero de estos cinco estados (empatía), o sea cuando se identifica transitoriamente con el paciente, pero sin perder su individualidad, a diferencia de lo que ocurre en una identificación en la que se comparten hasta los sentimientos de desvalimiento (Beres y Arlow, 1974). El terapeuta debe ser capaz de sentir con el paciente, mediante la identificación, pero

luego debe separarse de él para poder sentir algo acerca de él. En la empatía, el terapeuta comparte con el paciente un afecto y una cognición. El afecto que experimenta el terapeuta debe revelar a éste cómo se siente el paciente y cómo quiere éste que se sienta él. Si el terapeuta no reconoce la naturaleza de los afectos, en vez de empatía se producirá una contratransferencia que trabará la terapia.

### **Uso de la empatía**

El uso específico de la empatía se relaciona a la psicopatología resultante de trastornos en la fusión empática:

Si la resonancia empática del objeto/sí-mismo con el niño falta o está severamente debilitada, sea en forma difusa o frente a determinadas áreas de la experiencia del niño, éste se ve privado de la fusión con el objeto/sí-mismo omnipotente y no participa de la secuencia: ansiedad difusa > ansiedad señal > tranquilidad y por ende se ve privado de la oportunidad de construir estructuras psicológicas capaces de manejar su ansiedad de alguna manera. Y si, el objeto/sí-mismo reacciona en forma hipocondríaca a la ansiedad leve del niño, la fusión con dicho objeto no produce la experiencia saludable de ansiedad leve que se transforma en tranquilidad, sino que, por el contrario da lugar a la nociva secuencia experiencial de ansiedad leve que se transforma en pánico; el resultado final en uno y otro caso es la falta de una estructura normal para la regulación de la tensión, o la adquisición de estructuras deficientes (la tendencia a las intensificaciones activas del afecto, a desarrollar estados de pánico).

Sin embargo, como se planteó anteriormente, la empatía se aplica a todos los trastornos analizables y en todos los análisis en los que se interpreta y elabora la transferencia; ya que las privaciones reales serias (frustraciones del impulso) no resultan en sí psicológicamente dañinas, si el medio psicológico responde al niño con toda una gama de respuestas empáticas no distorsionadas.

**Limitaciones en el uso de la empatía:**

El Doctor Howard E. Book, en su artículo titulado: "Empatía, conceptos y usos equivocados en la psicoterapia," plantea, que la empatía en pacientes más sanos permite el desarrollo de la alianza terapéutica; y, en aquellos pacientes con trastornos más severos, tales como los fronterizos o con reacciones esquizofrénicas, la empatía es particularmente importante para ganar acceso al mundo interno del paciente, un mundo del que no se puede conceptualizar o verbalizar. Según Baker y Baker, comunicarle al paciente una comprensión empática a menudo genera en él conocimiento de su fragmentación, lo que le permite una mayor integración y la capacidad de explorar los afectos previamente intolerables, además de fomentar la alianza terapéutica.

**Confusión semántica:**

Ya hemos visto como la empatía con frecuencia se confunde con la simpatía, dulzura y aprobación, con lo que el terapeuta permanecería en el rol de participante únicamente, corriendo el riesgo de identificarse con la experiencia del paciente lo que representaría un problema transferencial, ya que la empatía no es equivalente a ser incuestionablemente aceptador; de igual forma bromear con el paciente también puede confundirse con la empatía.

**Dificultades conceptuales:**

Las dificultades conceptuales de la empatía surgen de la distinción clínica entre el proceso intrapsíquico de la empatía y la respuesta empática, que, aunque están relacionadas son diferentes. Como se definió anteriormente, la empatía refleja la experiencia intrapsíquica del terapeuta por medio de la cual afectiva y cognitivamente comprende la experiencia consciente, preconsciente e inconsciente del paciente. Ser empático es una respuesta interpersonal en la que el terapeuta

expresa entendimiento de una forma que el paciente se siente aliviado, pero que no lo estimula a profundizar.

### **Dificultades contratransferenciales:**

La utilización equivocada contratransferencial de la empatía, se refiere a su uso defensivo para gratificar sus propias necesidades (deseo de impresionar, omnipotencia o disminuir su propio sentimiento de soledad), lo que el paciente siente como intrusivo y alejamiento, acentuándose sus sentimientos de soledad.

### **Limitaciones técnicas:**

El terapeuta puede equivocarse en la escogencia del punto de mayor urgencia o importancia. Un paciente puede experimentar simultáneamente sentimientos conscientes preconscious e inconscientes que resuenan empáticamente en el terapeuta y éste debe saber clínicamente a cuál de ellos dirigirse.

La segunda limitación clínica se presenta cuando el paciente responde a la comprensión, con el sentimiento de ser dañado, más que reconfortado y aliviado.

### **Abstract**

In this article, the author develops the concept of empathy, from current use to therapeutic use, and differentiates it from other concepts (sympathy, intuition) that have been used in a similar way. She emphasizes that in the therapeutic context it is important to understand that the analyst's active empathic function leads to an understanding of the patient's internal state. The author then makes an approach to the ideas of some psychoanalysts regarding empathy, from Ferenczi to Kohut, and finally she highlights its use and limitations in the therapeutic context.

**Keywords:** Empathy, sympathy, intuition, introspection

## Referencias

- Book, H. E. Empathy: Misconceptions and misuses in Psychotherapy. American Journal of Psychiatry. Abril de 1988.
- Boyce Lum, W. Sandor Ferenczi (1873-1933) The Father of the empathic interpersonal approach. Part one: Introduction and early analytic years. Journal of the American Academy of Psychoanalysis. Abril de 1988.
- Boyce Lum, W. Sandor Ferenczi (1873-1933) The Father of the empathic interpersonal approach. Part two: Evolving technique, final contributions and legacy. Journal of the American Academy of Psychoanalysis. Julio de 1988.
- Buie, D. H. Empathy: Its nature and limitations Journal of the American Psychoanalytic Association. 1981.
- Freud, S. Citado por Albert Rothenberg en su artículo: La empatía como un proceso creativo en el tratamiento.
- Kohut, H. Análisis del *Self*. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina. 1971.
- Kohut, H. La restauración del sí mismo. Ediciones Paidós. 1980. Barcelona, España.
- Kohut, H. Como cura el análisis? Ediciones Paidós. 1988. Buenos Aires, Argentina.
- Martin, Peter A. Manual de terapia de pareja. Amorrortu editores. 1976.
- Rothenberg, A. La empatía como un proceso curativo en el tratamiento. Libro anual de Psicoanálisis. 1987. International Journal Of Psychoanalysis.
- Rachman, A. Wn. The rule of empathy: Sandor Ferenczi's pioneering contributions to the empathic method in psychoanalysis. Journal of the American Academy of Psychoanalysis, Enero de 1988.