

Recensione, Marzo 2026

The phenomenology of depression and the nature of empathy

Matthew Ratcliffe, Medical Health Care and Philosophy, 2014

1. Perché questo articolo è rilevante

Questo lavoro è importante per almeno tre motivi:

1. **Teorico:** propone una critica forte dei modelli “simulazionisti” dell’empatia (empatia come imitazione interna o simulazione delle emozioni altrui) e difende una concezione **fenomenologica e relazionale dell’empatia**.
2. **Clinico-psicopatologico:** usa la **depressione maggiore** come caso paradigmatico per capire cosa significa “non riuscire a connettersi con gli altri”, mettendo al centro il vissuto di **cambiamento del mondo** e di **isolamento interpersonale**.
3. **Per la formazione SLOP:** offre un modello di empatia che è **perfettamente compatibile con la fenomenologia, l’ermeneutica e la distinzione patologie storiche/non storiche**, e che aiuta in modo diretto il lavoro del terapeuta nei colloqui.

2. Tesi principali e struttura

Ratcliffe espone tre temi principali:

1. **Critica il modello “simulationist” dell’empatia**
 - Secondo i modelli di simulazione, empatia = “replicare dentro di me lo stato mentale dell’altro” (esplicitamente o in modo implicito) e poi attribuirglielo.
 - Ratcliffe mostra i limiti di questa idea:
 - il semplice “contagio emotivo” non basta per capire l’altro;
 - “mettersi nei panni dell’altro” rischia di **proiettare il proprio punto di vista**, non di cogliere il suo.
2. **Difende un approccio fenomenologico all’empatia**
 - Empatia è una **forma specifica di vissuto intenzionale**: un’esperienza mia che ha come contenuto l’esperienza dell’altro *come sua*.

- Non è per forza una copia interna del suo stato, ma una **“second-person access”**, un accesso diretto (seppur parziale) al vissuto altrui, di tipo percettivo-simile.

3. Sviluppa un modello di **“mutual empathy”**

- L’empatia più piena nasce e cresce in **interazioni reciproche**, dove c’è una **sensazione di connessione e apertura reciproca**.
- In depressione questo tipo di relazione si rompe: il depresso vive una **perdita di mondo** e una **perdita di connessione interpersonale**, che rendono difficile sia essere compreso sia comprendere gli altri.

3. La depressione come alterazione del mondo e del legame con gli altri

Ratcliffe usa resoconti in prima persona, autobiografie e questionari per descrivere la depressione come:

1. Alterazione del **“mondo”** vissuto

- Non è solo tristezza o sintomi, ma un cambiamento globale della **struttura di possibilità**:
 1. il futuro appare chiuso, niente può cambiare “in modo che conti”;
 2. il presente è statico, mummificato;
 3. il passato può risultare schiacciante o, al contrario, irraggiungibile.
- Le persone usano immagini come **“un altro mondo”**, **“sotto una campana di vetro”**, **“un paesaggio alieno”** per dire che non è cambiato solo l’umore, ma **il modo in cui il mondo appare**.

2. Perdita di possibilità e di significato

- La depressione è descritta come **perdita delle possibilità che contano**:
 1. “il mondo non offre più vie d’uscita”,
 2. “ogni via è chiusa”,
 3. “non è possibile che qualcosa vada davvero meglio”.
- Questo è molto vicino all’idea husserliana di “mondo” come orizzonte di possibilità implicite, che normalmente non tematizziamo ma diamo per scontate.

3. Alterazione dell’esperienza interpersonale

- Depressione = **perdita della capacità di sentirsi connessi agli altri**, di essere “mosso” da loro, di percepirla come disponibili a una relazione trasformativa.

- L'altro può apparire:
 1. indifferente, ostile, giudicante;
 2. oppure presente ma **irraggiungibile** (metafora della “sete davanti al bicchiere d'acqua” che non si può bere).
- Questo produce il tipico vissuto: “nessuno mi capisce”, “nessuno si interessa davvero a me”, anche quando oggettivamente c'è cura e vicinanza.

4. Che cos'è l'empatia, secondo Ratcliffe (e perché interessa la clinica)

Dalla depressione Ratcliffe ricava un'idea forte:

1. **Empatia = esplorazione percettivo-simile dell'esperienza altrui**
 - Non è (solo) “simulare” e poi inferire, ma **entrare progressivamente** nel modo in cui l'altro abita una situazione, attraverso interazioni, domande, aggiustamenti reciproci.
 - È un processo dinamico, che si nutre di:
 1. corpo (risonanza corporea, “bodily resonance”),
 2. coordinazione dei gesti, sguardi, ritmi,
 3. costruzione di un **“mondo condiviso”** (ciò che è per noi interessante, minaccioso, doloroso...).
2. **Empatia come “mutual empathy”**
 - Non basta che *io* capisca l'altro: c'è empatia piena quando entrambi percepiscono una **relazione di reciproca apertura e trasformazione**, una sorta di “stare-con” in cui il mondo si illumina in modo diverso.
3. **Cosa si perde in depressione**
 - La depressione comporta **un deficit di questa apertura di base**:
 1. il depresso non riesce a entrare in quel tipo di relazione;
 2. non riesce a sentire gli altri come fonte di possibilità nuove;
 3. spesso non riesce nemmeno a empatizzare con la sofferenza altrui (mancanza di risonanza).
 - Di conseguenza:
 1. il paziente vive l'altro come distante, giudicante, non comprensivo;
 2. e l'altro (terapeuta, familiare, amico) fa fatica a trovare la “porta d'ingresso” nella sua esperienza.

Per la pratica clinica questo vuol dire che l'empatia **non è un “atto interno” che io faccio da solo**, ma un lavoro relazionale, reiterato, spesso lento, di **costruzione di possibilità condivise**.

5. Collegamento con il razionale teorico della SLOP: fenomenologia, ermeneutica, patologie storiche/non storiche

5.1. Fenomenologia ed ermeneutica

- Fenomenologicamente, l'articolo di Ratcliffe è perfettamente allineato con l'idea SLOP che la depressione sia:
 1. una **modificazione del mondo-della-vita** (tempo, possibilità, significato);
 2. una **trasformazione dei modi di essere-con-gli-altri**, non solo uno "stato interno".
- Ermeneuticamente, il concetto di "**radical empathy**" vicino alla riduzione fenomenologica equivale a:
 1. sospendere le nostre ovvietà sul mondo;
 2. riconoscere che il paziente abita un mondo diverso;
 3. esplorare, insieme, **che cosa rende il suo mondo così ristretto, senza vie d'uscita**.

In chiave Ricœur/SLOP, potremmo dire che Ratcliffe propone una forma di empatia che è **sempre anche interpretazione**:

1. non "so già cosa provi",
2. ma "so di non sapere, e mi dispongo a lasciarmi trasformare dall'incontro con il tuo modo di abitare il mondo".

5.2. Patologie storiche / non storiche

- La depressione descritta da Ratcliffe è chiaramente una **patologia storica**:
 1. è dentro una biografia, una storia di perdite, colpe, fallimenti, significati che si richiudono;
 2. è ancora narrabile (anche se con fatica), e proprio la difficoltà a esprimersi mostra quanto sia profondo e pervasivo il cambiamento di mondo.
- Tuttavia, l'articolo illumina anche il **confine** con le patologie non storiche:
 1. quando il mondo è così chiuso che **nessuna possibilità appare**,
 2. quando il futuro è radicalmente cancellato,
 3. quando l'altro non è più accessibile come fonte di trasformazione,

allora la depressione si avvicina a una **rigidità quasi "ontologica"** che richiama il versante non storico (alterazione dell'ipseità, della capacità di essere-nel-mondo-con-gli-altri).

Per la tassonomia SLOP, l'articolo è prezioso perché:

1. mostra come, in molte depressioni, si lavori **totalmente dentro il registro storico** (mondo, storia, legami, valori);
2. ma segnala che esistono forme di depressione al limite, dove il problema non è solo "cosa mi è successo", ma **"che tipo di mondo è ancora per me accessibile"**.

6. Punti di forza e limiti

Punti di forza

1. Rilegge la depressione in modo **non riduzionistico**: non come elenco di sintomi, ma come **alterazione del mondo e dell'intercorporeità**.
2. Propone un concetto di empatia fortemente **relazionale e dinamico**, molto adatto alla clinica psicoterapeutica.
3. Integra con naturalezza **fenomenologia, testimonianze dei pazienti, riflessioni filosofiche su intersoggettività ed embodiment**.

Limiti / questioni aperte

1. L'articolo resta soprattutto teorico-filosofico: manca una traduzione esplicita in **linee guida pratiche per terapeuti** (che però è facile derivare).
2. Non entra nel dettaglio delle **differenze tra sottotipi di depressione** (melanconica, psicotica, bipolare ecc.), trattando la depressione in modo volutamente ampio.
3. Il problema della variabilità culturale è menzionato solo indirettamente (rimanda più a Husserl, Løgstrup, van den Berg che a studi transculturali sistematici).