

IRVIN D. YALOM

Il dono della terapia

traduzione dall'inglese di
Paola Costa



BEAT

Introduzione

È buio. Vengo nel suo studio ma non la trovo. Lo studio è vuoto. Entro e mi guardo attorno. L'unica cosa che c'è è il suo panama. Ed è tutto pieno di ragnatele.

I sogni dei miei pazienti sono cambiati. Le ragnatele riempiono il mio cappello. Il mio studio è al buio e abbandonato. Non mi si riesce a trovare da nessuna parte.

I miei pazienti si preoccupano della mia salute: ci sarò per tutto il lungo periodo di tempo della terapia? Quando vado in vacanza, temono che non tornerò più. Immaginano di partecipare al mio funerale o di far visita alla mia tomba.

I miei pazienti non mi permettono di dimenticare che invecchio. Ma fanno solo il loro mestiere: non sono io che ho chiesto loro di rivelare tutti i sentimenti, i pensieri e i sogni? Anche nuovi pazienti potenziali si uniscono al coro e, senza eccezioni, mi salutano con la domanda: «Prende ancora pazienti?»

Una delle nostre principali modalità di negazione della morte è credere di essere speciali, avere la convinzione di essere esentati dalla necessità biologica e che la vita non ci tratterà nello stesso modo crudele in cui tratta chiunque altro. Ricordo, molti anni fa, di essermi recato da un optometrista perché la vista mi si stava indebolendo. Mi chiese la mia età, e poi osservò: «Quarantotto, eh? Sì, perfettamente in orario sulla tabella di marcia!»

Naturalmente sapevo, a livello conscio, che aveva assolutamente ragione, ma dal profondo sorse spontaneo un grido: «Quale tabella di marcia? Chi è in orario? È senz'altro giusto che lei e altri possiate essere in orario, ma io sicuramente no!»

Perciò è scoraggiante rendersi conto che sto entrando in una fase avanzata della vita. Le mie mete, i miei interessi, le mie ambizioni stanno prevedibilmente cambiando. Erik Erikson, nel suo studio sul ciclo della vita¹, definisce questo stadio tardivo dell'esistenza con il termine *generatività*, intendendo una fase post-narcisistica in cui l'attenzione si sposta dall'espansione del sé verso la cura e la preoccupazione per le generazioni a venire. Ora che sono arrivato a settant'anni posso apprezzare la chiarezza della visione di Erikson. Il suo concetto di generatività mi sembra corretto. Voglio trasmettere quello che ho imparato. E il più presto possibile.

Tuttavia offrire guida e ispirazione a una futura generazione di psicoterapeuti oggi è alquanto problematico, perché il nostro campo attraversa una forte crisi. Un sistema sanitario guidato dai principi dell'economia obbliga a una radicale modifica della cura psicologica, e la psicoterapia deve ora essere forzosamente ottimizzata, cioè rivelarsi soprattutto *poco costosa*, e necessariamente breve, superficiale e inconsistente.

Mi chiedo con preoccupazione dove sarà istruita la prossima generazione di efficienti psicoterapeuti. Non certo nel quadro di programmi di internato psichiatrico. La psichiatria infatti è sul punto di abbandonare il campo della psicoterapia. I giovani psichiatri sono obbligati a specializzarsi in psicofarmacologia, perché i terzi che pagano adesso rimborsano la psicoterapia solo se è gestita da professionisti a basso costo (in altre parole, con una formazione minima). Sembra certo che la generazione attuale di medici specializzati in psichiatria, sia nella psicoterapia dinamica che nelle cure farmacologiche, sia una specie in via di estinzione.

E che dire dei programmi di formazione in psicologia clinica come scelta ovvia per colmare il divario? Purtroppo gli psicologi clinici si trovano ad affrontare le stesse pressioni del mercato, e la maggior parte delle scuole di psicologia che conferiscono dottorati reagisce

insegnando una metodologia terapeutica orientata sui sintomi, breve e pertanto rimborsabile.

Così sono preoccupato per la psicoterapia – di come può essere deformata dalle pressioni economiche e impoverita da programmi di formazione radicalmente abbreviati. Ciò nonostante confido che, in futuro, uno stuolo di terapeuti provenienti da una varietà di discipline educative diverse (psicologia, counseling, assistenza sociale, assistenza religiosa, filosofia clinica) continuerà a perseguire una rigorosa formazione post-laurea e, anche nella frantumazione della realtà della HMO (Health Maintenance Organization, Organizzazione per la Conservazione della Salute), troverà pazienti che desiderano un'ampia crescita e cambiamento, disposti ad assumere un impegno senza limiti precisi nei confronti della terapia. È per questi terapeuti e per questi pazienti che scrivo *Il dono della terapia*.

Attraverso queste pagine metto in guardia gli studenti contro il settarismo e suggerisco un pluralismo terapeutico in cui gli interventi efficaci siano tratti da differenti approcci terapeutici. Tuttavia, per la maggior parte, opero a partire da una cornice di riferimento interpersonale ed esistenziale. Per questa ragione la sostanza dei consigli che seguono deriva dall'una o dall'altra di queste due prospettive.

Fin dal mio ingresso nel campo della psichiatria, ho avuto due interessi costanti: la terapia di gruppo e la terapia esistenziale. Si tratta di interessi paralleli ma separati: io non pratico "terapia esistenziale di gruppo" – in realtà, non so nemmeno in cosa potrebbe consistere. I due approcci sono differenti non solo in ragione dell'ambiente in cui si opera (cioè un gruppo di circa sei/nove membri in contrapposizione a una relazione uno-a-uno per la psicoterapia esistenziale), ma anche per la loro *cornice di riferimento* fondamentale. Quando vedo i pazienti in terapia di gruppo lavoro all'interno

di una cornice di riferimento interpersonale, e parto dal presupposto che loro precipitano nella disperazione a causa dell'incapacità di sviluppare e sostenere rapporti interpersonali gratificanti.

Invece, quando opero all'interno di una cornice esistenziale di riferimento, parto da un presupposto molto differente: i pazienti precipitano nella disperazione come conseguenza dell'essersi confrontati con aspetti crudeli della condizione umana – i “dati di fatto” dell'esistenza. Poiché gran parte di ciò che è proposto in questo libro deriva da una cornice esistenziale poco familiare a molti lettori, ritengo necessaria una breve introduzione.

Definizione di psicoterapia esistenziale: *la psicoterapia esistenziale è un approccio terapeutico dinamico che si concentra sulle problematiche radicate nell'esistenza stessa.*

Permettetemi di ampliare questa definizione essenziale chiarendo l'espressione “approccio dinamico”. L'aggettivo *dinamico* ha un significato sia profano che tecnico. Il significato *profano* di *dinamico* deriva dalla radice greca *dynasthai*, “avere potere o forza”, e implica vigore o vitalità come nei termini *dinamo*, *runner dinamico* nel football o *oratore politico dinamico*, qui ovviamente non pertinenti. Ma, se questo fosse il significato di *dinamico* applicato alla nostra professione, quale terapeuta sosterrebbe mai di essere cosa diversa da un *terapeuta dinamico*, ovvero un *terapeuta indolente o passivo*?

No, io uso l'aggettivo “dinamico” nel senso *tecnico* del termine, che mantiene l'idea di forza ma affonda le sue radici nel modello freudiano di funzionamento della mente, il quale postula che le *forze* in conflitto all'interno di un individuo generano il pensiero, le emozioni e il comportamento di quell'individuo. Inoltre – e questo è un punto cruciale – *queste forze in conflitto esistono a vari livelli di coscienza; e, anzi, alcune sono del tutto inconse.*

Pertanto, la psicoterapia esistenziale è una terapia

dinamica che, come le varie terapie psicoanalitiche, presuppone la presenza di forze inconscie che influenzano il comportamento cosciente. Comunque, essa dice addio alle varie ideologie psicoanalitiche quando ci poniamo la domanda successiva: *Qual è la natura delle forze interne in conflitto?*

L'approccio della psicoterapia esistenziale presuppone che il conflitto interiore che ci tormenta abbia origine non solo dalla lotta con i desideri istintivi repressi, o con l'influenza di adulti significativi da noi interiorizzati, o con frammenti di ricordi traumatici dimenticati, ma anche dal *confronto con i "dati di fatto" dell'esistenza.*

E che cosa sono questi "dati di fatto" dell'esistenza? Se ci concediamo di accantonare o "mettere tra parentesi" le preoccupazioni della vita quotidiana e riflettiamo profondamente sulla nostra condizione nel mondo, inevitabilmente arriviamo alle strutture profonde dell'esistenza (le «questioni ultime», per usare un termine del teologo Paul Tillich). Quattro questioni ultime, secondo me, sono alquanto pertinenti alla psicoterapia: la morte, la solitudine, il significato della vita e la libertà. (Ciascuna sarà definita ed esaminata in una sezione apposita.)

Gli studenti mi hanno chiesto spesso perché io non sostenga programmi di formazione in psicoterapia esistenziale. La ragione è che *non ho mai considerato la psicoterapia esistenziale come una scuola ideologica distinta e a sé stante.* Piuttosto che tentare di sviluppare curricula di psicoterapia esistenziale, preferisco integrare l'istruzione di terapeuti dinamici ben formati aumentando la loro *sensibilità verso i problemi esistenziali.*

Processo e contenuto. In cosa consiste nella pratica la psicoterapia esistenziale? Per rispondere a questa domanda si deve prestare attenzione sia al «contenuto» che al «processo» — i due aspetti più importanti del discorso terapeutico. Il «contenuto» naturalmente è

precisamente ciò che il vocabolo esprime: — le esatte parole pronunciate, le effettive questioni affrontate. «Processo» si riferisce a una dimensione completamente diversa ed estremamente importante, la relazione personale tra il paziente e il terapeuta. Quando ci chiediamo che cosa sia il «processo» di un'interazione, intendiamo: che cosa ci dicono le parole (e anche il comportamento non-verbale) sulla natura del rapporto tra le parti coinvolte nell'interazione?

Se si osservassero le mie sedute di terapia, spesso si cercherebbero invano lunghe discussioni esplicite sulla morte, la libertà, il significato o la solitudine esistenziale. Tale contenuto può essere importante solo per alcuni pazienti (ma non per tutti) in alcune fasi (ma non in tutte) della terapia. Infatti, un terapeuta efficace non dovrebbe mai forzare la discussione verso una precisa area di contenuto: *la terapia non dovrebbe essere guidata dalla teoria, ma dalla relazione.*

Se invece si osservano queste stesse sedute alla ricerca di qualche *processo* caratteristico che derivi da un orientamento esistenziale, si scoprirà una storia completamente diversa. Una accresciuta sensibilità per i problemi esistenziali *influenza profondamente la natura della relazione tra il terapeuta e il paziente e influisce su ogni singola seduta.*

Io stesso sono sorpreso dalla forma particolare che questo testo ha assunto. Non mi sarei mai aspettato di scrivere un libro che contenesse una serie di suggerimenti per i terapeuti. Eppure, volgendomi indietro, posso individuare il momento esatto in cui tutto ha avuto inizio. Due anni fa, dopo aver visitato i giardini giapponesi Huntington a Pasadena, notai la mostra della Huntington Library sui best-seller del Rinascimento in Gran Bretagna, ed entrai per visitarla. Tre dei dieci volumi esposti rappresentavano elenchi numerati di «suggerimenti» — sull'allevamento degli animali, la semina, il giardinaggio. Fui colpito dal fatto che anche allora, centinaia di anni fa, poco dopo l'introduzione

dei libri a stampa, gli elenchi di suggerimenti attraessero l'attenzione dei più.

Anni fa ho avuto in cura una scrittrice che, non essendo riuscita a finire due romanzi di seguito, decise di non iniziarne un altro finché un soggetto non le si fosse presentato autonomamente e l'avesse travolta. Risi sotto i baffi alla sua affermazione, ma riuscii a capire quello che voleva dire solo in quel momento, alla Huntington Library, quando l'idea di un libro di suggerimenti mi travolse. Lì, su due piedi, decisi di mettere da parte altri progetti di scrittura, di iniziare a saccheggiare le mie note cliniche e i diari, e di scrivere una lettera aperta ai terapeuti alle prime armi.

Lo spettro di Rainer Maria Rilke ha aleggiato sulla stesura di questo volume. Poco prima dell'esperienza alla Huntington Library, avevo riletto le sue *Lettere a un giovane poeta* e ho consapevolmente tentato di innalzarmi ai suoi standard di onestà, onnicomprensività e generosità di spirito.

I consigli di questo libro sono tratti da annotazioni relative a quarantacinque anni di pratica clinica. Esso rappresenta un *mélange* particolare di idee e tecniche che ho trovato utili nel mio lavoro. Queste idee sono così personali, presuntuose e qualche volta originali che difficilmente il lettore potrà trovarle altrove. Pertanto, questo volume non vuole in alcun modo essere un manuale sistematico; io lo intendo piuttosto come un supplemento a un programma di formazione completo. Ho scelto a caso le ottantacinque categorie del volume, guidato dalla passione per il compito che mi ero prefisso piuttosto che da un qualsiasi ordine o sistema particolare. Ho iniziato con una lista di più di duecento consigli, e alla fine ho sfrondato quelli che mi suscitavano meno entusiasmo.

Un altro fattore ha influenzato la selezione di questi ottantacinque argomenti. I miei romanzi e le mie storie recenti contengono molte descrizioni di procedure terapeutiche che ho trovato utili nel lavoro clinico, ma

dato che la mia narrativa ha un accento comico, spesso burlesco, a molti lettori non è chiaro se io tratti seriamente o meno le procedure terapeutiche che descrivo. *Il dono della terapia* mi offre l'opportunità di chiarire la mia posizione.

Nella sua veste di raccolta pratica di interventi o dichiarazioni che preferisco, questo volume si dilunga sulla tecnica e passa rapidamente in rassegna la teoria. I lettori che cercassero basi più teoriche possono consultare i miei testi *Existential Psychotherapy*² e *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*³, che stanno alla base di questo lavoro.

Essendomi formato in medicina e psichiatria, sono abituato a usare il termine *paziente* (dal latino *patiens*, colui che soffre o sopporta), tuttavia lo uso come sinonimo di cliente, termine comunemente usato in psicologia e nel counseling. Per alcuni il termine *paziente* suggerisce una presa di posizione terapeutica distaccata, disinteressata, poco coinvolta, autoritaria. Ma continuate a leggere: intendo incoraggiare in ogni modo un rapporto terapeutico basato sull'impegno, l'apertura e l'egualitarismo.

Molti libri, compreso il mio, contengono un numero limitato di punti sostanziali e una notevole quantità di materiale di riempimento per collegare in modo elegante questi punti. Dato che ho scelto un gran numero di suggerimenti, molti dei quali non collegati tra loro, e ho ommesso numerosi riempimenti e transizioni, il testo presenterà caratteristiche episodiche e altalenanti.

Sebbene io abbia scelto in modo casuale questi suggerimenti e mi aspetti che molti lettori "assaggino" le offerte in modo non sistematico, ho cercato, in un secondo momento, di raggrupparli per renderli più legibili.

La prima sezione (1-40) affronta la natura del rapporto terapeuta-paziente, con particolare enfasi sul qui-e-ora, e sull'uso e la rivelazione di sé del terapeuta.

La sezione successiva (41-51) passa dal processo al

contenuto e suggerisce metodi per esplorare le preoccupazioni ultime riguardo la morte, il significato della vita e della libertà, che racchiude responsabilità e decisione.

La terza sezione (52-76) affronta varie questioni che si presentano nello svolgimento quotidiano della terapia.

La quarta sezione (77-83) riguarda l'uso dei sogni durante la terapia.

La sezione finale (84-85) esamina i rischi e i privilegi del ruolo del terapeuta.

Questo testo è costellato di un gran numero di mie frasi e interventi specifici preferiti. Al tempo stesso incoraggio la spontaneità e la creatività. *Perciò non considerate i miei interventi personali come una specifica ricetta procedurale; essi rappresentano la mia prospettiva e il tentativo di guardarmi dentro per trovare il mio proprio stile e la mia propria voce.* Molti studenti troveranno più compatibili altre tecniche e considerazioni. I consigli in questo libro derivano dalla mia pratica clinica con pazienti con problemi poco o moderatamente gravi (piuttosto che psicotici o affetti da handicap evidenti), che ho incontrato una volta o, meno comunemente, due volte la settimana, per alcuni mesi fino a due o tre anni. I miei scopi terapeutici con questi pazienti sono ambiziosi: oltre alla rimozione dei sintomi e all'attenuazione del dolore, tento di facilitare la crescita personale e un cambiamento sostanziale del carattere. So che molti miei lettori possono avere situazioni cliniche differenti, un ambiente diverso con una diversa popolazione di pazienti e una durata più breve della terapia. Tuttavia spero che essi trovino una loro propria modalità creativa per adattare e applicare ciò che io ho imparato alla loro situazione specifica.

2. Evitate le diagnosi (tranne che per le compagnie di assicurazione)

Oggi gli studenti di psicoterapia sono spinti a dare troppa importanza alla diagnosi. Dirigenti con un occhio attento alla gestione richiedono che i terapeuti arrivino velocemente a una diagnosi precisa e poi procedano sulla strada di una terapia breve e focalizzata, mirata a quella diagnosi particolare. Sembra una cosa positiva. Sembra logica ed efficace. Ma ha veramente poco a che vedere con la realtà. Rappresenta piuttosto un tentativo illusorio di determinare per legge una precisione scientifica quando questa non è né possibile né desiderabile.

Sebbene una diagnosi sia senza dubbio fondamentale per la riflessione sul trattamento di molte situazioni gravi con un sostrato biologico (per esempio la schizofrenia, i disturbi bipolari, i disturbi affettivi gravi, l'epilessia del lobo temporale, la dipendenza da droghe, le malattie organiche o del cervello causate da tossine, istanze degenerative o agenti infettivi), una diagnosi è spesso *controproducente* nella psicoterapia quotidiana dei pazienti meno gravi.

Perché? In primo luogo la psicoterapia consiste in un processo di apertura graduale, nel corso del quale il terapeuta tenta di conoscere il paziente nel modo più esauriente possibile. Una diagnosi limita la visione, diminuisce la capacità di porsi in relazione con l'altro come persona. Una volta stabilita la diagnosi, tendiamo a non considerare in maniera selettiva gli aspetti del paziente che non rientrano in quella particolare diagnosi, e conseguentemente diamo eccessivo valore a dettagli minimi che sembrano confermare la nostra

diagnosi iniziale. Quel che è peggio, una diagnosi può agire come una profezia che si autorealizza. Riferirsi a un paziente come «borderline» o «isterico» può servire a stimolare e a perpetuare proprio queste caratteristiche. In effetti, esiste una lunga storia di influenza iatrogena sulle categorie cliniche, compresa la controversia attuale sui disturbi di personalità multipla e i ricordi rimossi di abusi sessuali. E si tenga presente anche la scarsa affidabilità della categoria dei disturbi di personalità del DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), con gli stessi pazienti che spesso intraprendono una psicoterapia di lunga durata.

Quale psicoterapeuta inoltre non è rimasto colpito da quanto sia più facile fare una diagnosi secondo il DSM-IV¹ subito dopo la prima intervista, piuttosto che molto più avanti, ad esempio dopo – diciamo – la decima seduta, quando si conosce meglio il soggetto? Questo non è uno strano tipo di scienza? Un mio collega esplicita il punto in questione ai pazienti residenti psichiatrici chiedendo: «Qualora vi troviate impegnati in una psicoterapia, o pensiate di farlo, quale diagnosi del DSM-IV ritenete che il vostro terapeuta potrebbe legittimamente usare per descrivere una personalità complicata come la vostra?»²

Nel progetto terapeutico dobbiamo tracciare un confine all'obiettività, che non deve essere eccessiva; se prendiamo troppo sul serio il sistema diagnostico del DSM, se crediamo veramente di star scavando nei punti di giunzione della natura, rischiamo di minacciare la natura umana, spontanea, creativa e incerta dell'avventura terapeutica. Ricordate che i medici impegnati in passato a elaborare sistemi diagnostici, ora ritenuti non più validi, erano competenti, orgogliosi, e altrettanto fiduciosi degli attuali membri dei comitati del DSM. Senza dubbio verrà un tempo in cui il *format* da menu di ristorante cinese del DSM-IV apparirà finalmente risibile ai professionisti della salute mentale.

6. Empatia: guardate dal finestrino del paziente

È strano come certe frasi o avvenimenti trovino un posto stabile nella mente e offrano guida e conforto continui. Alcuni decenni fa mi occupai di una paziente con un cancro al seno che, durante tutta l'adolescenza, era rimasta incatenata a una lunga e amara lotta con il padre, che la ostacolava continuamente. Desiderando ardentemente una qualche forma di riconciliazione, un nuovo inizio per il loro rapporto, aveva aspettato con ansia il momento in cui suo padre l'avrebbe accompagnata all'università in macchina – un'occasione in cui sarebbe stata sola con lui per parecchie ore. Ma il viaggio tanto agognato risultò un disastro: suo padre si comportò come sempre, borbottando continuamente su un brutto ruscello disseminato di immondizia a lato della strada. Lei, invece, non vedeva immondizia di sorta in quel corso d'acqua bello, agreste, incontaminato. Non riuscì a trovare un modo per ribattere e alla fine, sprofondati nel silenzio, passarono il resto del viaggio senza scambiarsi nemmeno uno sguardo.

In seguito lei fece lo stesso viaggio da sola e fu stupita di accorgersi che c'erano due corsi d'acqua, uno su ciascun lato della strada:

«Questa volta ero io che guidavo» disse con tristezza, «e il corso d'acqua che vedevo dal mio finestrino, dal lato del guidatore, era proprio brutto e inquinato come mio padre lo aveva descritto». Ma nel momento in cui aveva imparato a guardare dalla finestra di suo padre era troppo tardi – l'uomo era ormai morto e sepolto.

Questa storia mi è rimasta dentro, e in molte occasioni ho ricordato a me stesso e ai miei studenti: «Guar-

date dal finestrino dell'altro. Cercate di vedere il mondo come lo vede il vostro paziente». La donna che mi raccontò la storia morì poco tempo dopo per il cancro al seno, e mi dispiace di non averle potuto dire quanto la sua storia sia stata utile negli anni a me, ai miei studenti e a molti pazienti.

Cinquanta anni fa Carl Rogers identificò l'«empatia accurata»¹ come una delle tre caratteristiche essenziali di un terapeuta efficace (insieme all'«accettazione positiva incondizionata» e alla «autenticità»²) e inaugurò il campo della ricerca in psicoterapia, che alla fine raccolse notevoli prove a sostegno dell'efficacia dell'empatia.

La terapia viene potenziata se il terapeuta entra accuratamente nel mondo del paziente. I pazienti traggono un enorme profitto semplicemente dall'esperienza di essere visti appieno e capiti sul serio. Di conseguenza, è importante che noi valutiamo come il paziente sperimenta il passato, il presente e il futuro. Io considero importante controllare ripetutamente le mie premesse. Per esempio:

«Bob, quando penso al suo rapporto con Mary, questo è ciò che capisco. Dice di essere convinto che voi due siete incompatibili, che vuole separarsi da lei, che si annoia in sua compagnia ed evita di passare le serate con lei. Eppure, ora che lei ha fatto la mossa che voleva e si è allontanata, la riuole. Credo di averle sentito dire che non vuole stare con lei, eppure non sopporta l'idea che lei non sia disponibile quando potrebbe averne bisogno. Ho capito bene fino a questo punto?»

L'empatia accurata è molto importante nel presente immediato – cioè nel qui-e-ora della seduta di terapia. *Tenete presente che i pazienti vedono le ore di terapia in modo molto diverso dai terapeuti.* Più volte questi ultimi, anche quelli con molta esperienza, sono molto sorpresi di scoprire questo fenomeno. Non è insolito che uno dei miei pazienti inizi un'ora descrivendo una reazione emotiva

intensa verso qualcosa che è avvenuto nella seduta precedente, e io rimango perplesso e non riesco in alcun modo a immaginare cosa sia accaduto in quell'ora per suscitare una reazione tanto potente.

Simili opinioni divergenti tra paziente e terapeuta si sono imposte alla mia attenzione anni fa, quando stavo svolgendo ricerche sull'esperienza dei pazienti, sia in gruppi di terapia che in gruppi di incontro. Ho chiesto a numerosi membri di tali gruppi di compilare un questionario, nel quale avrebbero identificato gli eventi critici di ogni incontro. I ricchi e vari episodi descritti erano molto differenti dalle valutazioni di ogni incontro redatte dai responsabili dei gruppi, e una differenza simile esisteva tra la scelta fatta dai membri e dai responsabili degli eventi più critici per l'intera esperienza del gruppo.

Il mio successivo incontro con le differenze di prospettiva tra paziente e terapeuta avvenne durante un esperimento informale in cui io e una paziente scrivemmo ciascuno i riassunti di ogni ora di terapia. L'esperimento ha una storia curiosa. La paziente, Ginny, era una scrittrice di talento che soffriva non solo di un grave blocco dello scrittore, ma di ogni forma espressiva. Frequentare per un anno il mio gruppo di terapia era risultato relativamente improduttivo. Rivelsi poco di sé, concesse poco di se stessa agli altri membri, e mi idealizzò al punto che non fu possibile alcun incontro autentico. Poi, quando Ginny dovette lasciare il gruppo a causa di difficoltà finanziarie, proposi un esperimento insolito, cioè di incontrarci in una terapia individuale con la condizione che, al posto del pagamento, scrivesse un riassunto spontaneo e senza censure di ogni ora di terapia, esprimendo tutti i sentimenti e i pensieri che non aveva verbalizzato durante la seduta. Io, da parte mia, mi proposi di fare esattamente la stessa cosa e suggerii di lasciare i nostri resoconti settimanali, sigillati, alla mia segretaria. Ogni due-tre mesi avremmo letto l'uno le note dell'altra.

La mia proposta si rivelò "sovradeterminata". Speravo che il compito di scrivere potesse non solo liberare la scrittura della mia paziente, ma incoraggiarla a esprimersi più liberamente durante la terapia. Forse, speravo, il fatto di leggere le mie note avrebbe migliorato i nostri rapporti. Volevo scrivere annotazioni senza censure rivelando le mie esperienze durante l'ora passata insieme: piaceri, frustrazioni, distrazioni. Era possibile che, se avesse potuto vedermi in modo più realistico, Ginny avrebbe iniziato a de-idealizzarmi e a rapportarsi con me su una base più reale.

(Come digressione, non pertinente a questa discussione sull'empatia, vorrei aggiungere che questa esperienza si è verificata in un momento in cui stavo tentando di sviluppare la mia voce come scrittore, e l'offerta di scrivere in parallelo con la mia paziente aveva anche un motivo egoistico: mi permetteva un insolito esercizio di scrittura e mi dava l'opportunità di rompere le mie catene professionali, di liberare la mia voce scrivendo tutto quello che mi veniva in mente subito dopo ogni incontro.)

Lo scambio di note ogni due-tre mesi rappresentò un'esperienza tipo *Rashomon*: sebbene avessimo condiviso l'ora, la sentivamo e ricordavamo ognuno a suo modo. Tanto per cominciare, davamo valore a componenti molto diverse della seduta. Le mie interpretazioni eleganti e brillanti? *Non le aveva neppure sentite*. Dava valore, invece, ai piccoli atti personali che io avevo appena rilevato: i complimenti ai suoi abiti o al suo aspetto, le mie goffe scuse per essere arrivato con un paio di minuti di ritardo, il mio ridacchiare alle sue battute, il fatto di provocarla quando facevamo dei giochi di ruoli³.

Tutte queste esperienze mi hanno insegnato a non presupporre che io e il paziente viviamo la stessa esperienza durante le sedute. Quando i pazienti discutono i sentimenti che hanno provato nella seduta precedente, considero importante chiedere informazioni sulla loro

esperienza, e quasi sempre apprendo qualcosa di nuovo e di imprevisto. Essere empatici fa a tal punto parte dei discorsi quotidiani – i cantanti di musica leggera gorgheggiano ovvietà sull'essere nella pelle dell'altro, sul mettersi nei suoi panni –, che abbiamo la tendenza a dimenticare la complessità del processo. È straordinariamente difficile sapere realmente quello che un altro sente; fin troppo spesso proiettiamo su di lui i nostri sentimenti.

Quando faceva lezione ai suoi studenti sull'empatia, Erich Fromm citava spesso una frase di Terenzio di duemila anni fa – «Sono umano, e niente che sia umano mi è estraneo»⁴ – e ci invitava a essere aperti a quella parte di noi che corrisponde a qualsiasi evento o fantasia offerto dai pazienti, non importa quanto atroce, violento, libidinoso, sadico o masochistico. Se non lo facevamo, suggeriva che indagassimo sul perché avevamo deciso di imprigionare quella parte di noi stessi.

Naturalmente la conoscenza del passato del paziente incrementa la vostra capacità di guardare dal finestrino del paziente. Se, per esempio, i pazienti hanno sofferto una lunga serie di perdite, vedranno il mondo attraverso gli occhiali della perdita. Può darsi che non se la sentano, per esempio, di lasciarvi diventare importanti o di avvicinarvi troppo, per paura di dover affrontare una nuova perdita. Ne consegue che l'investigazione del passato può essere importante non per costruire catene causali, ma perché ci permette di essere empatici in modo più accurato.

41. Parlate della morte

La paura della morte filtra sempre da sotto la superficie. Ci ossessiona per tutta la vita ed erigiamo difese – molte basate sulla negazione – per aiutarci ad affrontare la consapevolezza dell'ineluttabilità della fine. Ma non possiamo tenerla lontana dalla mente. Si riversa sulle nostre fantasie e sui nostri sogni. Si scatena in ogni incubo. Da bambini eravamo preoccupati della morte e uno dei nostri compiti più importanti, al fine dello sviluppo, è stato quello di affrontare la paura dell'annientamento.

La morte è presente in ogni percorso di terapia. Ignorando questa presenza si trasmette il messaggio che sia troppo terribile per parlarne. Eppure molti terapeuti evitano la discussione diretta della morte. Perché? Alcuni la ignorano perché non sanno che uso farne. «A che scopo?» dicono. «Torniamo al processo nevrotico, una cosa per la quale possiamo fare qualcosa». Altri mettono in dubbio l'importanza della morte per il processo terapeutico e seguono il consiglio del grande Adolph Meyer, che suggeriva di non grattare dove non prude. Altri ancora rifiutano di tirar fuori un argomento che suscita grande ansia in un paziente già ansioso (e anche nel terapeuta).

Eppure esistono molte buone ragioni per cui dovremmo affrontare la morte nel corso della terapia. In primo luogo, ricordate che la terapia è un'esplorazione profonda ed esaustiva del corso e del significato della vita; data la centralità della morte nella nostra esistenza, e dato che la vita e la morte sono interdipendenti, come possiamo ignorarla? Sin dall'inizio del pensiero scritto gli uomini si sono resi conto che ogni cosa svanisce, che abbiamo paura di questo oblio, e che dob-

biamo trovare un modo per vivere, nonostante la paura e la dissoluzione. Gli psicoterapeuti non possono permettersi di ignorare i molti grandi pensatori che hanno affermato che imparare a vivere bene significa imparare a morire bene.

Il pensiero di questi grandi pensatori è stato spesso trascurato, ma è importante che noi, psicoterapeuti, lo ricordiamo. In particolare, è importante che noi, psicoterapeuti, ricordiamo che imparare a vivere bene significa imparare a morire bene. Questo è un concetto che non è stato sempre compreso, ma che è fondamentale per la nostra professione. La paura e la dissoluzione sono stati spesso visti come ostacoli alla vita, ma in realtà sono parte integrante della nostra esistenza. La nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a trovare un modo per vivere, nonostante la paura e la dissoluzione. Questo è un compito che richiede una profonda comprensione della natura umana e della morte. La morte non è solo un evento fisico, ma è anche un processo psicologico. La paura della morte è una delle più profonde paure che abbiamo, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a superare questa paura. La dissoluzione è un altro aspetto della morte, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a accettare la dissoluzione. La morte è un dono, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a ricevere questo dono. La morte è un momento di verità, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa verità. La morte è un momento di libertà, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa libertà. La morte è un momento di amore, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questo amore. La morte è un momento di pace, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa pace. La morte è un momento di gioia, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa gioia. La morte è un momento di speranza, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa speranza. La morte è un momento di fede, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa fede. La morte è un momento di amore, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questo amore. La morte è un momento di pace, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa pace. La morte è un momento di gioia, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa gioia. La morte è un momento di speranza, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa speranza. La morte è un momento di fede, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa fede.

La morte è un momento di verità, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa verità. La morte è un momento di libertà, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa libertà. La morte è un momento di amore, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questo amore. La morte è un momento di pace, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa pace. La morte è un momento di gioia, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa gioia. La morte è un momento di speranza, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa speranza. La morte è un momento di fede, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa fede. La morte è un momento di amore, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questo amore. La morte è un momento di pace, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa pace. La morte è un momento di gioia, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa gioia. La morte è un momento di speranza, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa speranza. La morte è un momento di fede, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa fede. La morte è un momento di amore, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questo amore. La morte è un momento di pace, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa pace. La morte è un momento di gioia, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa gioia. La morte è un momento di speranza, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa speranza. La morte è un momento di fede, e la nostra задача è di aiutare i nostri pazienti a vivere questa fede.

42. La morte e l'esaltazione della vita

Alla maggior parte degli operatori di salute mentale che si occupano di pazienti vicini alla morte è stato consigliato, durante la loro formazione, di leggere il racconto di Tolstoj «La morte di Ivan Il'ič». Ivan Il'ič, un meschino burocrate ormai agonizzante, si imbatte in un'intuizione sorprendente proprio alla fine della vita: si rende conto che muore male perché ha vissuto altrettanto male. La sua intuizione produce un grande cambiamento personale, e negli ultimi giorni la vita di Ivan Il'ič si riempie di una pace e di un significato mai raggiunti prima. Molte altre grandi opere di letteratura contengono un messaggio simile. Per esempio, in *Guerre e pace*, Pierre, il protagonista, ha un cambiamento profondo dopo che la sua fucilazione viene sospesa all'ultimo secondo. Scrooge, nel *Canto di Natale*, non diviene improvvisamente un uomo nuovo a causa della gioia natalizia; piuttosto la sua trasformazione avviene quando lo spirito del futuro gli concede di essere testimone della propria morte e di vedere degli estranei che si accapigliano per i suoi beni. Il messaggio in tutte queste opere è semplice e profondo: sebbene la morte fisica ci distrugga, l'idea della morte può salvarci.

Negli anni in cui ho lavorato con malati terminali, ho visto un gran numero di loro che, di fronte alla morte, hanno subito un significativo e positivo cambiamento personale. Sentivano di essere divenuti più saggi, davano nuove priorità ai loro valori e iniziavano a considerare banali gli eventi della loro vita. Era come se il cancro avesse curato la nevrosi — le fobie e le paralizzanti preoccupazioni interpersonali sembravano sciogliersi.

Ho sempre fatto osservare agli studenti i miei gruppi di pazienti malati di cancro. Di solito, in una istituzione didattica, i gruppi permettono l'osservazione agli studenti, ma lo fanno a malincuore e spesso con qualche rabbioso risentimento. Ma non i miei gruppi di pazienti terminali di cancro. Al contrario, essi vedevano con favore l'opportunità di condividere quello che avevano appreso. «Che peccato» ho sentito dire da molti di loro «che abbiamo dovuto aspettare fino a ora, ora che i nostri corpi sono devastati dal cancro, per imparare a vivere».

Heidegger ha parlato di due modalità dell'esistenza: il modo di tutti i giorni e il modo ontologico. Nel modo di tutti i giorni ci consumiamo e siamo distratti dalla materia che ci circonda – ci riempiamo di meraviglia per *come sono le cose* nel mondo. Nel modo ontologico invece ci focalizziamo sull'esistenza in sé delle cose, pieni di meraviglia per il fatto stesso che *ci siano* cose nel mondo. Quando esistiamo nel modo ontologico – al di là delle preoccupazioni di ogni giorno – siamo in uno stato di particolare ricettività per un cambiamento personale.

Ma come passare dal modo di tutti i giorni al modo ontologico? I filosofi parlano spesso di «esperienze di confine» – episodi urgenti che ci scuotono via dalla «quotidianità» e inchiodano la nostra attenzione sull'«essere» in sé. L'esperienza di confine più potente è il confronto con la propria morte. Ma come produrre esperienze di confine nella pratica clinica di ogni giorno? Come può il terapeuta operare un cambiamento che si verifica nel modo ontologico in pazienti che non si trovano di fronte a morte imminente?

Ogni percorso di terapia è costellato di esperienze che, sebbene meno drammatiche, possono pur sempre alterare efficacemente la prospettiva. Il lutto, che ha a che fare con la morte dell'altro, è un'esperienza di confine la cui potenzialità è sfruttata troppo raramente nel processo terapeutico. Spesso nel lavoro sul lutto ci con-

centriamo in modo esteso ed esclusivo sulla perdita, sulle questioni rimaste in sospeso nel rapporto, sul compito di staccarsi dal defunto ed entrare di nuovo nella corrente della vita. Sebbene tutti questi passi siano importanti, non dobbiamo trascurare il fatto che la morte dell'altro serve anche a mettere a confronto ciascuno di noi, in modo netto e pregnante, con la nostra stessa morte. Anni fa, in uno studio sul lutto, ho scoperto che molti coniugi in lutto non si limitavano ad effettuare le riparazioni necessarie e a tornare al livello di funzionamento precedente al doloroso evento: da un quarto a un terzo dei soggetti raggiungeva un nuovo livello di maturità e di saggezza.

In aggiunta alla morte e al lutto, sorgono molte altre opportunità per discorsi correlati alla morte nel corso di una terapia. Se tali problemi non emergono mai, credo che il paziente stia semplicemente seguendo istruzioni non espresse del terapeuta. La morte e la mortalità formano l'orizzonte di tutte le discussioni su invecchiamento, cambiamenti corporei, fasi della vita, oltre che di molti momenti significativi della vita, come anniversari importanti, la partenza dei figli per l'università, il fenomeno del nido vuoto, il pensionamento, la nascita dei nipoti. Una rimpatriata tra ex compagni di classe può essere un catalizzatore particolarmente potente. Ogni paziente parla, in un momento o nell'altro, di resoconti giornalistici di incidenti, atrocità, necrologi. E poi, va ricordato, in ogni incubo c'è l'impronta inconfondibile della morte¹.

43. Come parlare della morte

Preferisco parlare della morte direttamente e in modo realistico. Nel corso di una terapia, cerco sempre di ottenere un resoconto delle esperienze dei miei pazienti con la morte e faccio domande del tipo: «Quando si è reso conto per la prima volta della morte? Con chi ne ha parlato? Come hanno risposto alle sue domande gli adulti presenti nella sua vita? Quali morti ha sperimentato? Ha partecipato a funerali? Ha credenze religiose sulla morte? Come sono cambiati i suoi atteggiamenti sulla morte nel corso della vita? Ha forti fantasie e sogni sulla morte?»

● Affronto in maniera altrettanto diretta i pazienti che vivono con profonda angoscia il pensiero della morte. Un esame calmo e razionale dell'ansia che sperimentano spesso è rassicurante. Può essere utile esaminare la paura e chiedere con calma che cosa precisamente sia così terrificante nella morte. Le risposte a queste domande di solito comprendono le paure per le modalità in cui avverrà il decesso, le preoccupazioni per i sopravvissuti, per la vita dopo la morte (che aggirano la domanda, trasformando la morte in un evento non conclusivo); e circa il proprio annientamento.

Una volta che i terapeuti abbiano dimostrato la propria personale serenità nel parlare della morte, i loro pazienti solleveranno la questione con maggiore frequenza. Per esempio, Janice, madre trentaduenne di tre bambini, aveva subito un'isterectomia due anni prima. Preoccupata per il fatto di non poter avere altri bambini, era gelosa di altre giovani madri, arrabbiata quando riceveva inviti alle riunioni delle mamme, al punto da rompere con la sua migliore amica, incinta, a causa di una profonda e amara invidia.

Le prime sedute si concentrarono sul desiderio incessante di avere altri figli e sulle implicazioni di tale desiderio in svariati ambiti della sua vita. Alla terza seduta le chiesi se sapeva a che cosa avrebbe pensato se avesse distolto l'attenzione dal volere altri bambini.

«Le faccio vedere» disse Janice. Aprì la borsa, tirò fuori un mandarino, lo sbucciò, me ne offrì uno spicchio (che accettai), e mangiò il resto.

«Vitamina C» disse. «Mangio quattro mandarini al giorno».

«E perché la vitamina C è così importante?»

«Mi impedisce di morire. Morire — questa è la risposta alla sua domanda su che cosa penserei. Penso continuamente alla morte».

La morte ossessionava Janice fin dall'età di tredici anni, quando era morta sua madre. Piena di rabbia verso la donna perché si era ammalata, si era rifiutata di andare a farle visita all'ospedale durante le sue ultime settimane di vita. Poco tempo dopo, si lasciò prendere dal panico credendo che alcuni accessi di tosse indicassero un cancro ai polmoni, e i medici del pronto soccorso non riuscirono a rassicurarla. Dato che sua madre era morta di cancro al seno, Janice tentò di ritardare lo sviluppo del seno legandosi stretto il petto e dormendo sulla pancia. Il senso di colpa per aver abbandonato la madre la segnò per tutta la vita: credeva che dedicarsi ai figli potesse essere un'espiazione per non essersi presa cura di sua madre, oltre che un modo per assicurarsi che non sarebbe morta sola.

Ricordate che le preoccupazioni per la morte spesso si mascherano dietro gli impulsi sessuali. Il sesso è il grande neutralizzatore della morte, la sua antitesi assoluta. Alcuni pazienti che sono esposti alla grande minaccia della morte all'improvviso cominciano a preoccuparsi sempre più del sesso. (Esistono studi sui TAT [*Thematic Appreciation Tests*] che documentano un'accresciuta componente sessuale in pazienti malati di cancro!.) L'espressione francese per l'orgasmo, *la petite mort* (la piccola

morte), sottolinea la perdita orgasmica del sé, che elimina il dolore della separazione - l'«io» solitario svanisce, fondendosi nel «noi».

Una paziente con un cancro maligno all'addome una volta mi consultò perché si era infatuata a tal punto del suo chirurgo che le fantasie sessuali su di lui avevano sostituito la paura della morte. Quando, per esempio, era stata messa in lista per una risonanza magnetica alla quale il medico sarebbe stato presente, la decisione di cosa indossare la consumò talmente che perse di vista il fatto che era in pericolo di vita.

Un altro paziente, "eterno bambino", un ragazzo prodigio in matematica con un grande potenziale, era rimasto infantile e strettamente attaccato alla madre anche in età adulta. Straordinariamente dotato per concepire grandi idee, per velocissimi *brainstorming*, per afferrare velocemente l'essenza di nuovi e complessi campi di investigazione, non riusciva mai a mettersi d'impegno per portare a termine un progetto, costruirsi una carriera, una famiglia, una casa. Le preoccupazioni per la morte non erano conosciute, ma entrarono nelle nostre discussioni attraverso un sogno:

«Io e mia madre siamo in una grande stanza. Assomiglia a una stanza della nostra vecchia casa, ma al posto di una delle pareti c'è una spiaggia. Camminiamo sulla spiaggia e lei mi spinge a entrare in acqua. Sono riluttante, ma lei prende una piccola sedia per sedersi ed entro in acqua. L'acqua è molto scura e ben presto, mentre avanzo fino alle spalle verso le acque più profonde, l'acqua diventa granito. Mi sveglio boccheggiando, in un bagno di sudore».

L'immagine delle acque di granito che lo ricoprono, una potente immagine di terrore, di morte e di sepoltura, ci hanno aiutato a capire la sua resistenza a lasciare l'infanzia e la madre per entrare pienamente nella vita adulta.

44. Parlate del significato della vita

Noi esseri umani sembriamo creature sempre alla ricerca di un significato per tutto che hanno avuto la sfortuna di essere stati gettati in un mondo privo di un significato intrinseco. Uno dei nostri compiti più importanti è quello di inventarci un significato abbastanza forte da sostenere la vita e attuare la manovra disonesta di negare il fatto che siamo noi gli artefici di questa invenzione. Così ci convinciamo che invece "era lì" che ci aspettava. La nostra continua ricerca di sistemi ricchi di significati sostanziali spesso ci fa precipitare in crisi di significato.

Il numero delle persone che si rivolge alla terapia a causa di preoccupazioni sul significato della vita è più elevato di quanto i terapeuti spesso siano coscienti. Jung riferì che un terzo dei suoi pazienti lo consultava proprio per questa ragione. Le lamentele assumono forme differenti. Per esempio: «La mia vita non è coerente», «Non provo passione per niente», «Perché vivo? A quale scopo?», «Sicuramente la vita deve avere un qualche significato più profondo», «Mi sento così vuoto - guardare la televisione tutte le sere mi fa sentire così superfluo, così inutile», «Perfino ora, a cinquant'anni, non so cosa voglio fare quando sarò grande».

Una volta ho fatto un sogno (descritto in *Momma and the Meaning of Life*) in cui mi trovo vicino alla morte in una stanza d'ospedale, quando all'improvviso venivo catapultato su una giostra di un parco di divertimenti (la Casa degli orrori). Mentre il vagoncino stava per entrare nell'antro nero della morte, all'improvviso scorsi mia madre, che era morta, tra la folla che guardava e la chiamai: «Mamma, mamma, come sono andato?».

Il sogno, e particolarmente quel richiamo - «Mamma, mamma, come sono andato?» - mi ha perseguitato

a lungo, non per le immagini di morte del sogno, ma per le sue oscure implicazioni sul significato della vita. Era possibile, mi chiedevo, che avessi vissuto tutta la mia vita con lo scopo primario di ottenere la sua approvazione? Dato che avevo avuto un rapporto difficile con mia madre e quando era in vita non davo affatto valore alla sua approvazione, il sogno era ancora più incisivo.

La crisi di significato rappresentata nel sogno mi spinse a esplorare la mia vita in modo diverso. In una storia che scrissi subito dopo il sogno, ero impegnato in una conversazione con il fantasma di mia madre per sanare la frattura tra di noi, e capire in che modo i nostri due significati della vita si intrecciavano ed entravano in conflitto l'uno con l'altro.

In alcuni laboratori sperimentali si usano degli accorgimenti per incoraggiare il discorso sul significato della vita. Forse il più comune è quello di chiedere ai partecipanti che cosa sceglierebbero come epitaffio per la loro tomba. La maggior parte di tali ricerche sul significato della vita conduce a una discussione su mete come l'altruismo, l'edonismo, l'impegno per una causa, la capacità riproduttiva, la creatività, l'autorealizzazione. Molti pensano che i progetti significativi assumano un valore più profondo, più potente, se trascendono loro stessi – cioè se sono diretti a qualcosa o a qualcuno al di fuori di sé, come l'amore per una causa, una persona, un'entità divina.

Il recente e precoce successo di giovani milionari, grazie alle nuove tecnologie, spesso genera una crisi esistenziale che può insegnare qualcosa sui sistemi di significato della vita che non trascendono il sé. Molte di queste persone iniziano la loro carriera con una visione chiara – farcela, guadagnare un sacco di quattrini, fare una bella vita, ottenere il rispetto dei colleghi, andare in pensione presto. E un numero senza precedenti di giovani trentenni si è comportato esattamente così. Ma poi è venuto fuori il problema: «E ora? Cosa faccio del resto della mia vita, nei prossimi quarant'anni?»

La maggior parte di questi giovani milionari che sono venuti da me continua a fare sempre la stessa cosa: dà vita a nuove società, tenta di ripetere il successo. Perché? Dicono a se stessi che devono provare che non è stato un colpo di fortuna, che possono farcela da soli, senza un socio o un mentore. Alzano continuamente l'asticella. Per sentire di essere, loro e la loro famiglia, al sicuro, non hanno più bisogno di avere solo uno o due milioni in banca, ma cinque, dieci, perfino cinquanta milioni. Si rendono conto della futilità e dell'irrazionalità di guadagnare più denaro quando ne hanno già più di quanto ne potranno mai spendere, ma questo non li ferma. Si rendono conto di sottrarre tempo alla famiglia, alle cose che stanno loro più a cuore, ma non riescono a smettere. «I quattrini sono lì fuori» mi dicono. «Non devo fare altro che raccogliarli». Devono fare affari. Un costruttore mi disse che sentiva che sarebbe svanito, se avesse smesso. Molti hanno paura della noia – anche il più debole soffio di noia li rimette di corsa in azione. Schopenhauer disse che il volere, in sé, non è mai appagato – appena un desiderio è soddisfatto, se ne profila un altro. Anche se c'è una breve tregua, un qualche effimero periodo di sazietà, si trasforma immediatamente in noia. «Ogni vita umana» disse «si agita avanti e indietro tra dolore e noia».

Diversamente dal mio approccio ad altre questioni esistenziali fondamentali (morte, solitudine, libertà), trovo che il significato della vita si possa affrontare meglio in maniera indiretta. Quello che dobbiamo fare è immergerci in uno dei molti possibili significati, preferibilmente basato sulla trascendenza del sé. È l'impegno che conta, e noi terapeuti operiamo bene soprattutto se identifichiamo e aiutiamo a rimuovere gli ostacoli all'impegno. Il problema del significato della vita non è, come ha insegnato Buddha, edificante. Ci si deve immergere nel fiume della vita e lasciare che la domanda scorra via da sola.

Una conversazione con Irvin D. Yalom

Lei dove è cresciuto?

A Washington, DC. I miei genitori erano proprietari di un piccolo negozio di alimentari e liquori.

Qual è il suo primo ricordo?

Il calore estivo che saliva dal marciapiede torrido, un calore che ti sbatteva in faccia come uscivi da casa anche nelle prime ore del mattino; un calore che spesso spingeva i miei genitori – e orde di altre famiglie di centro-città – a trascorrere la notte sulla “superstrada”, un parco sulle rive del Potomac. Ricordo che mio padre mi portava con sé al vasto mercato all’aperto nel sud-est della città alle 5 del mattino, per acquistare prodotti per il negozio. E mi ricordo il Sylvan, un piccolo cinema dietro l’angolo, dove i miei genitori mi depositavano tre o quattro volte la settimana per tenermi lontano dalle strade poco sicure. Per lo stesso motivo, ogni estate mi mandavano al campeggio per otto settimane, esperienze che mi hanno regalato di gran lunga i ricordi più deliziosi della mia infanzia.

Mi ricordo le domeniche, sempre dedicate alle riunioni di famiglia. Un gruppo di parenti e amici dei miei genitori ai tempi della vecchia Europa era rimasto in contatto e si riuniva ogni domenica per picnic e cene, sempre seguiti da giochi di carte – le donne, canasta o poker; gli uomini, pinnacolo. E le domeniche mattina erano momenti di pace, incisi con chiarezza nella mia mente. Di solito giocavo a scacchi con mio padre – spesso cantavo con lui accompagnando le canzoni yid-

dish suonate sul fonografo o Victrola, come lo chiamavamo allora.

Da dove vengono i suoi antenati e i genitori? Hanno lasciato delle storie interessanti?

I miei genitori venivano da un piccolo *shtetl* vicino al confine russo-polacco. A volte dicevano di venire dalla Russia, a volte dalla Polonia. Mio padre scherzando diceva che il loro paese era diventato la Polonia una volta deciso di non poter sopportare un altro lungo rigido inverno russo. Mio padre veniva da Selz e mia madre da Prussina, a una quindicina di chilometri di distanza. Tutti gli *shtetl* della zona sono stati distrutti dai nazisti e molti miei parenti, tra cui la sorella di mio padre e la moglie e i bambini di suo fratello, sono stati assassinati nei campi di concentramento. Il padre di mio padre era un calzolaio che spesso faceva acquisti nel negozio di mangimi e grano del mio nonno materno. I miei genitori si sono conosciuti da adolescenti e si sono sposati dopo essere emigrati negli Stati Uniti nel 1921. Sono arrivati senza un soldo a New York e, per la maggior parte della vita, hanno lottato per la sopravvivenza economica. Il fratello di mio padre aveva aperto un negozio delle dimensioni di un francobollo a Washington, DC, e incoraggiò i miei genitori a trasferirsi lì. Divennero proprietari di una serie di negozi di generi alimentari e poi di liquori, ciascuno leggermente più grande e di maggior successo dei precedenti.

Entrambi i suoi genitori hanno lavorato nel negozio di liquori e alimentari? Quali ricordi ha lei del negozio?

Ambedue i miei genitori hanno lavorato davvero sodo nel negozio sei giorni la settimana, dalle 8 di mattina alle 10 di sera, il venerdì e il sabato fino a mezzanotte. Un episodio che ho usato in *Lying on the Couch* è una storia vera accaduto a mio padre:

Aveva un minuscolo negozio di alimentari, di due metri per due, tra Fifth Street e R Street a Washington, DC. Vivevamo al primo piano sopra il negozio. Un giorno un cliente entrò e chiese un paio di guanti da lavoro. Mio padre indicò la porta dietro di sé, dicendo che doveva prenderli dalla stanza sul retro e gli ci sarebbero voluti un paio di minuti. Be', non c'era nessuna stanza sul retro – la porta si apriva sul vicolo – e lui scivolò fuori, corse al mercato all'aperto a due isolati di distanza, comprò un paio di guanti per dodici centesimi, tornò indietro e li vendette al cliente per quindici¹.

Dove ha studiato? Ha qualche simpatico aneddoto degli anni dell'università?

Ho studiato alla George Washington University, che mi offrì una borsa di studio comprensiva delle tasse – trecento dollari. Vivevo a casa e ogni giorno andavo a scuola in macchina o in autobus. Gli anni dell'università sono stati anni persi, con alcuni buoni ricordi. Ero un vero sgobbone: frequentavo solo i corsi preparatori a medicina e ho completato gli studi in tre anni. Uno dei grandi rimpianti della mia vita è di essermi perso quei giorni gloriosi dell'università, così spesso descritti nei film e nella letteratura. Perché tanta fretta e fatica? In quegli anni l'ammissione alla scuola di specializzazione in medicina era estremamente difficile per gli ebrei: tutte le scuole mediche ne prevedevano una quota fissa del cinque per cento per classe. Mi ero laureato col massimo dei voti, ma delle venti scuole di medicina a cui avevo fatto domanda di ammissione, diciannove mi scartarono. Io e quattro dei miei amici più stretti fummo ammessi alla George Washington School of Medicine e con tre di loro sono rimasto in contatto fino a oggi; per inciso, tutti siamo felicemente sposati con le mogli di allora. Gran parte del mio senso di urgenza derivava dalla relazione con Marilyn, che ho incontrato

quando avevo quindici anni; volevo sigillare la nostra relazione con il matrimonio il più velocemente possibile, prima che lei cambiasse idea.

Lei ha avuto una formazione medica e psichiatrica e tuttavia incorpora una grande quantità di filosofia nel suo lavoro. Può raccontarci la sua formazione filosofica e i suoi filosofi preferiti?

Durante il mio primo anno di internato in psichiatria presso la Johns Hopkins mi sentivo insoddisfatto dei principali quadri di riferimento che incontravo, la psichiatria biologica e la teoria psicoanalitica. Entrambe sembravano omettere gran parte di ciò che ci rende veramente umani. Fu in quel periodo che lessi il nuovo libro di Rollo May, *Existence*, e rimasi affascinato dal fatto che ci fosse una terza via per comprendere l'origine e la cura della disperazione umana. Non avevo avuto alcuna formazione filosofica formale all'epoca e iniziai a familiarizzarmi con la filosofia. Mi iscrissi a un corso di approfondimento filosofico, della durata di un anno, che utilizzava il testo di Bertrand Russell *La storia della filosofia occidentale*, e da allora non ho mai smesso di interessarmi alla filosofia, come uditore (e più tardi insegnante) presso il dipartimento di filosofia di Stanford e leggendo molto. I miei pensatori preferiti sono quelli che si sono occupati in modo esplicito dei problemi dell'essere umano: *lebensphilosophers* come Nietzsche, Schopenhauer, Socrate, Platone, Epicuro, Sartre, Camus e Heidegger.

Di cosa si occupa sua moglie?

Marilyn è stata insegnante di francese, e poi direttrice dello Stanford Women's Research Center. Inoltre scrive di storia della cultura. Le sue opere includono *A History of the Wife*, *A History of the Breast* e *Birth of the Chess Queen*².

Che lavori ha svolto prima di intraprendere la professione medica?

Ho lavorato molto nel negozio dei miei genitori per tutta l'infanzia, oltre a distribuire le riviste *Liberty* e – presso un vicino Safeway – dare una mano a portare fino alle auto le borse della spesa. Ho passato un'estate lavorando al chiosco delle bibite al Peoples Drug Store – per avere i soldi per acquistare un microscopio – e un'altra estate l'ho passata in un caseificio – nell'annuncio c'era un errore di battitura, bel lavoro (*fine*) al posto di lavoro in fattoria (*farm*), ma ho accettato comunque l'impiego. Per tre anni ho lavorato il sabato come commesso per l'abbigliamento e le scarpe presso un Bonds Clothing Store. Ho posseduto uno stand di fuochi d'artificio in numerosi Quattro Luglio. Parecchie estati le ho passate a fare il consulente di un campo estivo e l'istruttore di tennis. Ho insegnato privatamente chimica organica all'università. Una volta iniziata la scuola di medicina, un reddito supplementare era disponibile grazie al lavoro di laboratorio, alla vendita di sangue e sperma, e coadiuvando i professori nelle ricerche in biblioteca. Ho tenuto una miriade di consulenze, dopo la fine degli studi, presso le carceri e negli ospedali psichiatrici.

Quale recente opera di narrativa consiglierebbe?

La migliore novità di narrativa che ho letto, da diversi anni a questa parte, è il romanzo *Atlante delle nuvole* di David Mitchell – un'opera geniale. Ho letto e amato diversi libri di Murakami e Paul Auster. E ho appena riletto *Il nostro comune amico* di Charles Dickens, e *Lezione di tedesco* di Siegfried Lenz – che capolavori!

Ha qualche mania come scrittore?

Scrivo ogni mattina, iniziando presto – alle 7 – fino al primo pomeriggio, quando comincio a vedere i pazien-

ti. I miei sogni mi forniscono parecchio materiale. Sono molto concentrato quando scrivo e metto sempre la scrittura al primo posto. Pianifico fin nei dettagli il lavoro del giorno successivo mentre vado in bicicletta o sto a mollo in una vasca di acqua calda.

Su che cosa fa affidamento come stimolo per la scrittura?

Il mio stimolo come scrittore è mentale, proviene da letture di filosofia e di narrativa, e dal mio lavoro clinico – difficilmente trascorre un'ora di terapia con un paziente senza che vengano generate alcune idee che troveranno la loro strada nella mia scrittura. Non voglio dire che uso i contenuti delle sedute, ma che le questioni discusse con i pazienti suscitano riflessioni sul modo in cui funziona la nostra mente.

Quali sono i suoi hobby o attività all'aria aperta?

Il ciclismo, gli scacchi, le passeggiate a San Francisco e la lettura, sempre la lettura. Io e mia moglie apprezziamo molto le passeggiate a Palo Alto e a San Francisco; andiamo a teatro, incontriamo gli amici e stiamo vicini ai nostri quattro figli. Siamo spesso assorbiti dalle loro carriere: Eve è ginecologa; Reid fotografo d'arte di talento; Victor psicologo e imprenditore; Ben regista teatrale. E facciamo una vacanza annuale con tutti i figli e i nipoti, spesso alle Hawaii.

A cosa sta lavorando ora?

Ho appena finito una revisione – per la quinta edizione – del mio libro di testo, *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, e mi sto riprendendo dallo sfinimento da parole. Negli ultimi mesi mi sono immerso nello studio della filosofia ellenistica, in particolare Epicuro. Sto preparando e concimando il terreno e spero che, prima o poi, alcuni germogli verdi di un nuovo progetto di scrittura fioriscano. Li sto aspettando...³