

Per una psicoterapia d'ispirazione sociale

Luigi D'Elia*

SOMMARIO. – In questo articolo s'intende ri-significare e rinnovare la pratica e la teoria della clinica della psicoterapia in relazione ai vistosi cambiamenti degli scenari sociali e politici degli ultimi decenni della nostra storia. Vengono suggerite nuove modalità di osservazione dei fenomeni patoplastici e si esplorano le relazioni fra macro e micro fenomeni dello psichismo. Si revisionano alcuni aspetti interni dello psicoterapeuta alla luce di un rinnovato sguardo sinottico e grandangolare. Si valuta l'impatto alienante degli attuali e specifici determinanti sociali sulla vita quotidiana delle persone e si suggerisce una clinica della resistenza a difesa di dignità, libertà e verità del soggetto contemporaneo.

Parole chiave: psicoterapia sociale; determinanti sociali; campo socio-psichico; sguardo sinottico e grandangolare; localizzazione del disturbo; clinica della resistenza.

Introduzione

Introdurre l'idea di una psicoterapia sociale in un momento storico come questo presente, nel quale molte nubi si addensano sul nostro capo, appare come iniziativa doverosa e necessaria se consideriamo quanto le innumerevoli criticità dell'attuale stato di salute della nostra civiltà ricadano immediatamente sul mondo psichico di ognuno e di tutti¹.

Di psicoterapia sociale però fino ad oggi si è parlato soltanto nei termini di allargamento degli strumenti della psicoterapia ai contesti sociali più svan-

*Psicologo. E-mail: luigidelia1964@gmail.com

¹ Passata la fase pandemica del COVID-19, osserviamo i suoi esiti medici e psicologici a lungo termine; siamo testimoni, da un anno a questa parte, di una guerra alle nostre porte, con minaccia atomica; attendiamo con angoscia una crisi climatica irreversibile nei prossimi decenni già annunciata da siccità e cambiamenti metereologici; siamo all'origine della sesta estinzione di massa in corso sul nostro pianeta di cui siamo la principale causa (Pievani, 2021), ed è, soprattutto, radicata e diffusa la sensazione di immutabilità del sistema sociopolitico nel quale viviamo (Fisher, 2009), con il quale non appare possibile già da molto tempo alcuna dialettica trasformativa, ma solo posizioni di ritiro o 'diserzione' (Berardi, 2023).

taggiati, nei termini di accessibilità, sostenibilità, gratuità o sussidiarietà di azioni, prevalentemente ad opera del privato-sociale, a vantaggio di chi non è in grado di sostenere le ingenti spese di un intervento psicoterapeutico nel frattempo indisponibile pubblicamente. L'aggettivazione 'sociale' accanto a psicoterapia è stata utilizzata per indicare, fino a oggi, soltanto un'estensione demografica del campo di applicazione di una disciplina sanitaria (solo formalmente inclusa nei livelli essenziali di assistenza), e una posizione etica nella direzione della riduzione delle disuguaglianze sociali. In tale accezione, 'sociale' è semplicemente ogni forma di psicoterapia che facilita il raggiungimento di classi sociali economicamente svantaggiate.

In questo articolo mi propongo, invece, di connotare e ri-significare tale aggettivazione 'sociale' attraverso una revisione epistemologica, metodologica, procedurale, seppure parziale, di alcuni capisaldi sui quali fino ad oggi la maggior parte della psicoterapia s'è fondata e costruita operativamente.

Psicoterapia sociale, una questione di coscienza del terapeuta o di formazione?

Il primo, ineludibile, punto di partenza di una psicoterapia sociale è la presa di coscienza da parte del singolo professionista della valenza sociale della professione psicoterapeutica da parte di chi le voglia praticare. Il concetto di valenza sociale include sia la presenza di un preciso mandato sociale², sia la presenza di una precisa funzione sociale³ la cui articolazione si concreta poi in una cornice legislativa e in un profilo professionale. Infine, valenza, mandato e funzione sociali implicano a loro volta, in qualche modo e misura, la presenza sia di un corpo sociale che nel suo insieme è portatore, seppure implicito, di una domanda, sia di un patto sociale, che pur indebolito, è ancora presente e latente e chiede risposte in ordine alla diffusione del disagio.

Tale consapevolezza, riguarda certamente tutte le professioni cosiddette 'etiche', quelle che hanno cioè un fondamento umanitario nonché una tradizione di servizio e di cura alla persona. Nello specifico, tra tutte le professioni etiche, la psicoterapia diventa ancor più centrale se si considera che le criticità psichiche individuali raccontano automaticamente, come vedremo nel prosieguo, di criticità psichiche collettive, della sofferenza cioè di tutto il corpo

² Il riferimento è alle innumerevoli problematiche di malessere che conducono i cittadini a rivolgersi alla psicoterapia e che nel loro insieme invocano l'intervento specialistico dello psicoterapeuta come interprete privilegiato del mondo psichico e delle sue leggi.

³ La consapevolezza che i bisogni sociali connessi alla domanda di psicoterapia esorbitano di molto l'idea stessa di un ipotetico mansionario dello psicoterapeuta. La funzione sociale in tal senso è l'acquisizione della consapevolezza da parte del professionista del disagio dell'attuale società nel suo complesso e del ruolo pubblico che egli riveste.

sociale. Ma non solo, pur nella loro assoluta trasversalità demografica, le criticità psichiche sono maggiormente emergenti negli strati sociali più svantaggiati, che a loro volta sono quelli meno raggiunti dai servizi della psicoterapia. Si palesa cioè la necessità di concepire questa professione come realmente egualitaria, accessibile e pubblica.

Ma fare appello alla coscienza politica e alla consapevolezza del singolo professionista appare come operazione utopistica o quanto meno astratta specie laddove si conosca nei particolari, con sguardo genealogico, la storia, essenzialmente e prevalentemente privatistica, della psicologia e della psicoterapia italiana⁴. La psicoterapia veniva concepita in quei lontani anni '70 e '80 come un lusso per pochi abbienti, la cui efficacia era tutta da comprendere e dimostrare. La Legge 56/89 di fatto sanciva, in grave ritardo storico, da un lato la nascita di una professione socialmente indispensabile, ma dall'altro la definiva come professione accessibile solo a pochi fortunati facendole assumere di fatto un carattere classista e inessenziale. Contraddizione irrisolta di cui paghiamo tutti ancora oggi le evidenti conseguenze se pensiamo al ruolo secondario se non irrisorio che riveste la psicoterapia in ambito pubblico in Italia.

Nata con una scarsa o nulla vocazione pubblica, la professione di psicoterapeuta si organizzerà in Italia nei decenni successivi essenzialmente intorno a questo mandato legislativo, al servizio esclusivo di un mercato privato sul quale decine di migliaia di specializzati si affacceranno con alterne fortune e altissima ricattabilità⁵. Tra i tanti effetti collaterali di questo bizzarro concepimento di una professione solo nominalmente pubblica, troviamo la scarsa o nulla attenzione e rilevanza concessa, nella formazione universitaria e poi soprattutto post-universitaria, alle variabili e ai determinanti sociali nello sviluppo e mantenimento di sofferenza e disagio psicologico e al loro eventuale utilizzo nella pratica clinica. Lacuna formativa vistosa e presente persino in quelle formazioni più attente al lavoro sociale dei propri allievi. Lavoro sociale che così frequentemente caratterizza i primissimi anni lavorativi di uno psicologo in formazione, ma al quale si dedica pochissima attenzione concependolo di fatto come gavetta transitoria, ingrata e preparatoria all'attività privata. La formazione standard mira esplicitamente fin dall'inizio alla costruzione

⁴ Si veda a tal proposito la ricostruzione svolta nel testo di D'Elia L., 'La funzione sociale dello psicoterapeuta', in particolare nell'introduzione (p. XV-XXVII). Come noto, l'esito degli accordi preliminari con politici e ordine dei medici, che portarono alla legge costitutiva 56/89, prevedeva fin da allora un profilo essenzialmente privato della professione: privata la specializzazione (unico caso), privata la professione, essenzialmente private le clientele, divenute uniche committenze dei professionisti. Nulla che disturbasse lo strapotere della psichiatria in ambito pubblico.

⁵ Vedi a proposito della ricattabilità: Compiacenza del giovane psicoterapeuta precario ed imprevedibili effetti di retroazione, nel sito di Altrapsicologia (D'Elia, 2006).

di un professionista privato, dove 'privato' coincide troppo spesso anche con l'idea di una vera e propria *privazione* di prospettiva politica.

Come dunque rispondere alla domanda che dà il titolo a questo primo paragrafo: pensare alla psicoterapia come professione che risponde ad una domanda sociale e che è allo stesso tempo intrisa di valenze sociali è più un problema di coscienza individuale del terapeuta o è invece funzione della sua formazione teorica e clinica? Certo, è davvero difficile sviluppare una coscienza politica della professione se la formazione standard elude del tutto questo ambito nel percorso di un allievo. I campi del sapere utili a questo riguardo⁶ in genere fanno parte dei percorsi non convenzionali e collaterali dei singoli terapeuti, molto spesso originati da impegni professionali nel sociale.

Psicoterapia sociale, una questione di campo osservativo sinottico e grandangolare: micro e macro che si specchiano variabilmente

Ogni variazione dei *setting* tradizionali, come delle teorie della tecnica, nella storia della psicoterapia, ha nella propria radice i cambiamenti, anche piuttosto sensibili, del campo osservativo, a sua volta debitore delle trasformazioni storico-sociali di volta in volta in atto.

Infanzia, famiglia e comunicazione, gruppi e istituzioni, il transgenerazionale, implicazioni corporee e neurologiche, ecc., ognuno di questi campi osservativi, una volta introdotto nel corpus dei dispositivi teorici e clinici precedentemente acquisiti, ha comportato una rivoluzione dello sguardo clinico e delle consapevolezze dei terapeuti. Se vogliamo, tutta la storia delle psicoterapie potrebbe essere descritta come un costante scompaginamento delle certezze acquisite e una costante riconfigurazione del campo osservativo le cui conseguenze hanno poi decisamente impattato la teoria della clinica e le pratiche terapeutiche. Scompaginamento a sua volta conseguente ai cambiamenti socio-antropologici avvenuti nell'ultimo secolo e mezzo a carico dell'intera società e del tipo umano che lo rappresenta. La psicoterapia attraversa quindi la crisi della modernità, l'ascesa e lo sviluppo della società industriale e post-industriale, l'ascesa e la crisi dell'individualismo capitalistico-borghese, la scoperta del mondo infantile, il secolo breve con i suoi autoritarismi e le due guerre mondiali, la minaccia atomica e la guerra fredda, la crisi della

⁶ Naturalmente sono più facilitati a transitare verso un paradigma squisitamente sociale coloro che, tra i terapeuti, nella loro formazione hanno acquisito sguardi poliedrici (filosofici, epistemologici, sociologici, antropologici) sulla propria professione. Mi riferisco a tutte quelle formazioni che nel curarsi della soggettività del paziente siano consapevoli della intrinseca natura-matrice relazionale, grupppale e transgenerazionale, transindividuale, di tale soggettività. Mi riferisco a tutte quelle formazioni che abbiano una teoria sociale dei fenomeni psichici e che abbiano acquisito definitivamente un approccio sovraindividuale nelle loro teorie della mente.

famiglia, la rivoluzione giovanile e femminista, l'ingresso nella società post-moderna, l'accelerazione della storia degli ultimi 30 anni⁷, le innumerevoli rivoluzioni tecnologiche, l'avvento del capitalismo finanziario e del neoliberalismo più sociopatico, l'avvento dell'era digitale, del mondo dei *big data* e degli algoritmi, con effetti immediati sulla semiosfera e psicosfera, e in ultimo, l'avvento dell'intelligenza artificiale e l'impatto ancora in embrione sulla vita delle prossime generazioni.

Se proviamo, dunque, a pensare a cosa sotto i nostri occhi sta cambiando con maggiore rapidità e con maggiori conseguenze concrete sul tipo umano contemporaneo, non possiamo non prendere atto che lo scenario che maggiormente vede le più drammatiche mutazioni è decisamente il versante sociale, la sua tecnosfera e, di conseguenza, la sua psicosfera⁸.

⁷ Si veda a proposito di velocità della storia il lavoro di Paul Virilio (2004) e il concetto di 'dromologia'.

⁸ Qui di seguito un approssimativo elenco puntato della 'prime volte' alle quali assistiamo oggi come precedenti inediti nella storia negli ultimi decenni:

- Aspettativa di vita oltre i 90-100 anni
- Esplosione demografica mondiale prossima agli 8 miliardi
- Iperconnessione globale
- Emancipazione femminile
- Antropocene e rischio estinzione
- Certezza del peggioramento di vita per le prossime generazioni a causa dell'incombente crisi climatica
- Universalismo e dominio incontrastato del sistema capitalistico
- Conoscenza del genoma umano
- Riduzione del 58% (in occidente) della fertilità maschile negli ultimi 30 anni
- Espansione epidemica della depressione
- Mondo dei big data
- Tecnologie robotiche e AI e impatto sul mondo del lavoro
- Velocità tecnologica vs. lentezza del pensiero etico.

E qui di seguito le conseguenti principali condizioni mutagene riscontrabili sul tipo umano contemporaneo:

- Urgenza di un nuovo patto uomo-ecosistema
- Mondo digitale pervasivo e quindi più virtuale, anonimo, incorporeo, immaginifico, emotivo
- Rapporto con l'infosfera di tipo inflattivo
- Tramonto delle vecchie comunità e nascita di nuove comunità evanescenti o viceversa settarie
- Le regole del mondo del lavoro sempre più squilibrato ed inique
- Competizione vs. cooperazione
- Mutata gestione del tempo
- Solitudine di massa
- Assottigliamento innaturale del sonno
- Riduzione drastica della sessualità (e della fertilità maschile)
- Mutato rapporto con il corpo sempre più performativo
- Mutato rapporto con gli oggetti, sempre più bulimico
- Rivoluzione dei cicli vitali (dilatati e sovrapposti)
- Crisi endemica/strutturale della coppia e della famiglia (ricerca di nuove forme di legame) (elenchi inclusi in D'Elia, 2020, pp. 29-37).

Tutte le attuali psicoterapie hanno le loro radici culturali e storiche nel secolo scorso e hanno quindi in mente un tipo umano essenzialmente novecentesco, moderno, portatore di criticità del tutto coerenti con il periodo storico a lui concomitante. Volendo descrivere in un titolo il tema centrale dell'uomo del Novecento potremmo dire: ascesa e crisi dell'individuo (e dell'individualismo) e suoi conflitti con la modernità. Un tipo umano, per molti versi, quasi del tutto tramontato le cui inquietudini appartengono a questo, pur recente, passato.

Si richiede, quindi, coerentemente con quanto detto, che la psicoterapia riesca a cogliere i rapidissimi cambiamenti a carico del tipo umano contemporaneo e impari a riconoscere il prima possibile sia la direzione delle mutazioni antropologiche in atto, sia la natura delle interazioni tra fenomeni macro-sociali e fenomeni intrapsichici, specialmente in ordine alle più comuni forme di dolore psichico largamente diffuse nella nostra società.

Di quali tecnologie e di quali dispositivi osservativi necessita dunque lo psicoterapeuta sociale nel cogliere questa inedita complessità? Certamente si rende necessario uno sguardo nuovo capace di connettere numerose variabili:

'La psicoterapia sociale diventa perciò quell'atto professionale 'sinottico' che riesce a tenere assieme, uniti con un unico sguardo o, se vogliamo, con uno sguardo poliedrico, azione ecologica ed azione politica assieme alla cura dell'uomo e le sue problematiche affettive, emotive, cognitive, relazionali. [...] Superato il dualismo mondo-mente, il luogo della psicoterapia diventa quel luogo se vogliamo più o meno convenzionale e artificiale, oppure più o meno formale o conviviale, dove due o più persone s'incontrano per pensare intorno ad ogni luogo mentale che si renda in qualche modo significativo.' (D'Elia, 2020).

Per cogliere le nuove configurazioni del tipo umano contemporaneo occorre perciò che lo psicoterapeuta socialmente ispirato sappia 'allargare lo sguardo per centrare il bersaglio' (D'Elia, 2020), sappia in altri termini utilizzare uno sguardo clinico grandangolare in grado di cogliere sinotticamente dolore soggettivo e cambiamento del campo socio-psichico nella sua interezza e vastità. Un'inedita capacità di connessione che sappia unire la storia del sistema-paziente (sistema coppia, sistema famiglia, sistema-gruppo) come variabile temporale longitudinale, transgenerazionale, come sequenza stratificata degli accadimenti traumatici, disevolutivi, inelaborati, e contestualmente assieme alle mutazioni antropologiche in corso e il loro impatto come determinanti iatrogeni.

Tempo storico largamente longitudinale e descrittivo degli inciampi adattativi del sistema-paziente e spazio socio-antropologico pervasivamente impattante e iatrogeno, si devono e si possono quindi tenere assieme nella mente di uno psicoterapeuta sociale.

Tale allargamento dello sguardo può certamente utilizzare strumenti già in

uso presso molti terapeuti (ad es. il genogramma, solo per dirne uno su tutti, ma non solo, è uno strumento di osservazione che può aiutare in tal senso), ma in sostanza l'aspetto innovativo di tale sguardo grandangolare consiste nel provare a tenere assieme un'articolazione molto più vasta della vita e degli eventi problematici del sistema-paziente per cui tutta la vita interiore di esso, indipendentemente dal modello teorico di osservazione e dal modo in cui la si voglia descrivere (dialogo interiore, personaggi interni, gruppaltà interna, costrutti interpersonali, credenze, copioni, ecc.), è già fortemente informata della dinamica sociale in atto, di per sé particolarmente pervasiva e mai stata così pervasiva in passato.

Nel paragrafo 1.5. di D'Elia, (2020, pp. 37-48), troviamo un primo tentativo di lettura di un campo osservativo organizzato su domini diversi: macro e micro che si specchiano variabilmente ed incidono con variabile irruenza nelle nostre soggettività. Viene utilizzato il costrutto isomorfismo, ma viene subito specificato che il suo uso ha senso solo se accostato alla variabilità sintattica dei fenomeni in gioco. Laddove la sintassi fenomenologica è fortemente simile tra i diversi domini, è possibile leggerli come fenomeni identici tra micro e macro, tra vissuto intrapsichico e dinamica sociale (si fa nel libro l'esempio dell'isomorfismo forte tra società precaria e competitiva e ritiro sociale dei giovani). Laddove invece la sintassi è differente troviamo sì un isomorfismo, ma di intensità molto più debole, nei termini più di assonanza che di vera e propria similitudine (nel libro si fa l'esempio del rapporto, piuttosto labile, tra violenza dei testi di canzoni e comportamento violento consequenziale).

Si tratta, naturalmente di un primo tentativo di pensare in modo necessariamente flessibile, ad una griglia osservativa che risponda alla domanda, fin qui inevasa, che riguarda il modo in cui i macro fenomeni storici e sociali risultano immediatamente mutageni sulle strutture psichiche più profonde.

**Psicoterapia sociale e superamento dell'individualismo:
il sistema-paziente, il suo campo socio-psichico e le sue localizzazioni**

Nel corso di questa ri-elaborazione del campo professionale, l'individuo-paziente è ormai da intendere come una pura astrazione. Probabilmente anche un'utile astrazione relativa ad una fase storica nella quale l'emersione (direi meglio l'invenzione) dell'individuo nel modello sociale ultra-liberista (Foucault, 1979) ci ha condotti, nostro malgrado, verso una società disidentitaria e svuotata di garanti metasociali e metapsichici (Kaës, 2010), priva di strutture sociali intermedie e simbolopoietiche, svuotata di passaggi generativi e di appartenenze comunitarie funzionali, una società fatta di individui-monadi o, come detto altrimenti, una società produttrice di una solitudine di massa tenuta assieme unicamente dalle incombenze del prodotto interno lordo (PIL).

Se il paziente-individuo totalmente disincarnato dalle proprie tramature sociali, eternamente disadattato e infaticabilmente resiliente attorno al proprio asse planetario si avvia al suo inesorabile tramonto in quanto astrazione, contemporaneamente si affaccia nei nostri presidi terapeutici il sistema-paziente e il suo articolato campo socio-psichico.

Accostarsi al campo socio-psichico (o per dirla alla Corrado Pontalti, ai campi multipersonali (Pontalto, 1998), costruito sinonimo del campo socio-psichico) del sistema-paziente richiede una prospettiva diagnostica necessariamente lenta e longitudinale e sempre insatura. Ci si occupa del sistema-paziente (sistema-individuo, sistema-coppia, sistema-famiglia, sistema-istituzione) come parte di un tutto, corpo-sociale, storicizzato e portatore di trame e intrecci ancora indecifrabili, e quindi lo rappresenta e lo incontra nel suo specifico ambiente nel quale il disagio ha strutturato la propria stratificazione storica, utilizzando dunque tecniche di raccolta informazioni e di colloquio clinico coerenti con tale impostazione.

Un approccio autenticamente sociale, quindi, non si pone limiti nel proprio intervento e nei propri *setting*, interni e non, nell'andare incontro alle problematiche individuali e sociali in ogni luogo astratto (i propri territori disciplinari) o concreto (i luoghi reali dove emergono i problemi) essi si manifestano. Saper fare connessioni tra criticità globali e criticità psichiche diventa per il terapeuta fonte di nuove consapevolezze in grado di re-inquadrare le difficoltà con le quali egli si misura quotidianamente.

'Lo studio di uno psicoterapeuta qualunque potrebbe essere considerato come un laboratorio/osservatorio sociale particolarmente privilegiato dal momento in cui assumiamo che esista un contestuale implicarsi e svelarsi della domanda sociale alla psicoterapia attraverso le tipologie di richieste specifiche portate agli psicoterapeuti quel disagio spesso senza nome, non appartiene solo a quel paziente, ma egli è al contempo sia portatore di un disagio/disturbo soggettivo, sia localizzazione di un disagio ben più ampio e profondo del quale è non occasionale portavoce per conto di una parte della società.' (D'Elia, 2020).

Primissima e immediata conseguenza a carico del *setting* interno del terapeuta a seguito dell'acquisizione di uno sguardo sinottico e pluri-articolato grazie al quale emerge in primo piano il ruolo dell'interfaccia tra domini micro e macro, è la spontanea depatologizzazione di moltissimi e più comuni sintomi e comportamenti precedentemente ascritti esclusivamente a vulnerabilità o difettualità o conflittualità individuali. In generale parliamo di una visione decisamente depatologizzata dell'esistenza umana nel suo complesso. Se vogliamo, uno sguardo molto più indulgente o, per usare un termine della tradizione religiosa che appare qui perfettamente calzante, uno sguardo molto più misericordioso in merito alle fatiche specifiche di un'epoca storica altamente confusiva e accelerata come questa nostra presente. Depatologizzare non equivale affatto a declassare o a sottovalutare l'impatto di una specifica

sofferenza o psicopatologia all'interno di un campo socio-psichico, ma significa, come vedremo meglio in seguito, ridisegnare la cornice della multifattorialità delle cause con maggiore consapevolezza e probabilmente con maggiore adesione all'ipercomplessità dei fenomeni in gioco.

Se facciamo l'esempio del sistema-coppia, così clamorosamente sotto-attacco da parte delle variabili socio-politiche e così endemicamente in crisi da almeno 50 anni, essendosi consumato e frammentato del tutto il modello della famiglia cosiddetta tradizionale (casamai tale modello sia mai esistito), ed essendosi di fatto isolato ed esposto sempre più il sistema-coppia al proprio destino (sempre più infausto e sempre più transitorio), qui ci appare ancora più visibile l'esigenza di rilettura o di riconfigurazione delle più comuni disfunzionalità non più ascrivibili solo alle carenze e alle disfunzionalità dei singoli membri, bensì occorre riscrivere e rileggere tutta la cosiddetta patologia della coppia attraverso le nuove lenti di una storia della coppia e della famiglia in piena mutazione antropologica⁹.

Questa rilettura-riconfigurazione relativa alla (de)patologizzazione appare doverosa anche in molti altri casi, che qui ci appaiono come esempi lampanti dell'intimo intreccio tra dominanti variabili storico-sociali e disagi soggettivi. È la controversa attitudine diagnostica e nosografica che addebita a esclusivo carico del singolo paziente quelle tendenze culturali di inaudita potenza che corrispondono alle stesse mutazioni antropologiche e politiche della storia umana degli ultimi decenni. Mi riferisco in particolare, ma non solo, alle categorizzazioni riguardanti l'intero spettro narcisistico¹⁰, tutte le cosiddette *new addiction* e dipendenze da comportamento, tutti i cosiddetti disturbi dell'attenzione o di iperattività, tutte le nuove patologie da evitamento o ritiro sociale, tutte le patologie del sonno, e così via (qui l'elenco diventa davvero molto lungo).

Il riferimento è a organizzatori patoplastici che usano (per isomorfismo forte) le stesse sintassi dei fenomeni sociali che li strutturano. Il mondo sociale 'parla' la stessa identica lingua sia sul piano macro che su quello micro utilizzando grossomodo le stesse regole, lo stesso orizzonte semiologico, gli stessi codici di significazione che organizzano il mondo intrapsichico.

Voglio precisare, per dovere di chiarezza, che l'assunzione di un nuovo sguardo poliedrico, come suggerisco, istituisce una forte relativizzazione o se vogliamo il tramonto dell'idea stessa di individuo secondo le categorie filosofiche della modernità, ma tale riscrittura ha l'effetto di esaltare e valorizzare la funzione della soggettività umana in una chiave d'interconnessione anziché

⁹ Si veda a tal proposito il lavoro di Scabini e Cigoli (2000) e la loro attenzione ai determinanti sociali sulla vita delle attuali coppie e famiglie.

¹⁰ Difficile distinguere in una 'società narcisistica' (come indicato già dagli anni '70 da C. Lasch) quali siano realmente le derive psicopatologiche e quali le adesività normopatiche socialmente accettate.

di pura e semplice autodeterminazione eroica. Tramonto dell'individuo (nell'accezione della modernità) non coincide, come ingenuamente si potrebbe immaginare, con il tramonto della soggettività, tutto al contrario significa invece valorizzazione di una più urgente soggettività collettiva, più connessa e più responsabile del bene comune.

In termini clinici, questo non significa affatto trascurare nell'osservazione diagnostica e nell'impostazione delle strategie terapeutiche, le specifiche vulnerabilità e le caratteristiche uniche e irripetibili, della singola persona, la sua unica biografia, il suo coraggio o le sue esitazioni e le relative responsabilità personali, tutt'altro. Significa inquadrare la parte vulnerabile o disfunzionale della biografia personale come una parte del tutto, non necessariamente come quella più determinante nella causazione degli eventi disturbanti. Come del resto già avviene negli studi sul transgenerazionale relativamente ai ben noti fattori ego-alieni.

Il campo socio-psichico del sistema-paziente si configura perciò, come detto, come una nuova cornice di inquadramento clinico le cui variabili di spazio psichico, allargato al dominio socio-antropologico, e di tempo, largamente longitudinale, allargato al transgenerazionale, osservano la persona (o la gruppalità) come nodo storico di una tramatura, portatore di dolore stratificato e per lo più sconosciuto.

Ci viene in soccorso, a questo punto, per consentirci un'ulteriore specificazione e approfondimento dei concetti qui espressi, un'intuizione proveniente dal modello gruppo analitico: il concetto di localizzazione.

Scrive Foulkes (1948), anticipando di alcuni anni le intuizioni dei sistemici: 'Se si considera un disturbo psicologico principalmente nella relazione tra persone, ovvero localizzato nell'interazione tra persone, ne segue che esso non potrà mai essere attribuito ad una singola persona. In una situazione gruppoanalitica i disturbi possono essere rintracciati nelle loro ramificazioni'.

Foulkes stesso non nega, nell'argomentare successivamente, che un certo tal sintomo sia radicato in un certo tal individuo, ma aggiunge immediatamente che è comunque il gruppo che deve risponderne (Foulkes, 1948). Localizzazione, in sostanza, vuol dire che il disturbo si annoda su trame relazionali (ramificazioni) molto più ampie in persone che ne sono di fatto semplici portavoce a nome di tutti.

Riprendere e rilanciare questa intuizione in questo momento storico ha il preciso significato di descrivere una specifica attualità del rapporto psichemondo con specifiche ed in parte inedite caratteristiche. Ancora Foulkes, sempre nell'argomentare sul concetto di localizzazione, commentava 'non pensiamo, con troppa leggerezza, al potere patogenetico della vita d'oggi!' (Foulkes, 1948). A distanza di 75 anni da queste considerazioni, non solo troviamo tale impatto del potere patogenetico degli attuali stili di vita, come esponenzialmente più alto a causa della diffusione e sviluppo di tecnologie di comunicazione e di sorveglianza, ma ci troviamo di fronte ad una peculiare

pervasività del rapporto individuo-sistema mai riscontrato in altre epoche storiche, tale per cui i meccanismi d'introyezione da parte del singolo dei codici sorgivi sistemici appaiono particolarmente, e compiacentemente, aderenti, compiuti e raffinati.

Ecco, perciò, che un concetto nato e sviluppato come uno dei tanti corollari dell'epistemologia gruppo-analitica, come quello di localizzazione del disturbo, possiamo oggi facilmente e correttamente estenderlo, alla luce di questi meccanismi introiettivi e pervasivi allo stesso tempo appena descritti, alla visione clinica di una psicoterapia sociale sempre più consapevole delle nuove leggi relative al tipo umano contemporaneo.

Psicoterapia sociale: il mondo che irrompe nella stanza della terapia. Resistenza vs. resilienza

Nel flusso di riflessioni che in questo saggio vado svolgendo, esiste una stretta coerenza tra tutti i passaggi concettuali che sono proposti:

1. necessità di una nuova prospettiva formativa che sia inclusiva delle variabili sociali mutagene e acquisizione di una coscienza politica della professione;
2. acquisizione di un nuovo campo osservativo, sinottico, grandangolare, longitudinale, in grado di realizzare nuove connessioni tra domini osservativi secondo isomorfismi variabili;
3. focalizzazione sul campo socio-psichico del sistema-paziente, superamento dell'individualismo e rilancio del costrutto localizzazione e conseguente revisione e depatologizzazione dei più comuni disagi psicologici;
4. focalizzazione clinica sulla necessità di un lavoro 'resistente' invece che unicamente 'resiliente', come vedremo in questo e nel prossimo paragrafo.

In questo paragrafo proviamo a considerare alcune conseguenze relative a questo approccio ed in particolare proviamo ad esaminare come stanno cambiando le nostre clientele rispetto ai bisogni che nei nostri presidi vengono maggiormente espressi.

Parto perciò dal recentissimo saggio di Marco Rovelli 'Soffro dunque siamo. Il disagio psichico nella società degli individui' (Rovelli, 2023), dove troviamo un'accuratissima indagine sullo stato dell'arte del dolore psichico attuale in Italia. Dall'epilogo di tale saggio, traiamo questa importante citazione:

'La cultura che esalta in modo sovraeccitato l'individualismo, che esalta la privatezza dell'esperienza, ha trovato alleati anche tra gli psicoterapeuti: il modello della psicoterapia è uno studio privato dove ci sei tu e il paziente; è un modello dove scompaiono i determinanti sociali non tanto a livello eziologico, che tutti più o meno li riconoscono come elementi della malattia mentale, ma nell'includerli come parte integrante della cura: il lavoro, la casa, i soldi... Bisogna introdurre

lo studio dei determinanti sociali non solo nel modello eziologico, ma anche nelle strategie di intervento. L'evoluzione e l'esito delle malattie mentali non dipende solo dalle variabili cliniche, ma in maniera altrettanto determinante, dalle variabili connesse alle strategie e all'organizzazione dei servizi sanitari.' aggiungo: pubblici e privati. (Rovelli, 2023).

Se queste sono le convergenti conclusioni di un ricercatore indipendente così scrupoloso e attento, ci si domanda come mai il *mainstream* dominante appartenente alla stragrande maggioranza delle psicoterapie, scotomizzi il disagio insito nei nostri più comuni stili di vita ed indugi in riduzionismi di retroguardia così palesemente confutati dall'evidenza delle trasformazioni sociali. Sembrerebbe proprio che accedere a un pensiero più complesso che implichi l'innegabile iatrogenità dei determinanti sociali metta profondamente in forte imbarazzo il nostro assetto interno che si posiziona sempre più dogmaticamente sui propri scotomi riduzionistici¹¹.

Non ci riferiamo solo al rapido invecchiamento dei tradizionali concetti di setting nei vari modelli operativi, specie riguardo l'enfasi alla dualità, ma alla consueta polarizzazione concettuale mondo esterno/mondo interno su cui la maggioranza dei nostri paradigmi ha prosperato e agito.

Qual è infatti l'implicito culturale che un paziente qualunque può attendersi nel momento in cui oltrepassa, spesso con fatica, dubbi e confusione, la soglia di uno studio o di una istituzione psicoterapeutica? A quale *mainstream* prevalente si accosta?

Tale implicito (ma spesso è invece un chiaro esplicito) chiede al paziente di abbandonare innanzitutto l'idea infantile di attribuire le cause delle proprie ambascie al mondo che va a rotoli, al lavoro precarizzato che crea ansie, alle relazioni sul lavoro sempre più inquinate, alle relazioni affettive, familiari e sociali, sempre meno rassicuranti e, viceversa, fonti di angosce, al sentimento di solitudine e di disadattamento che ci perseguita. Il paziente deve capire il prima possibile che l'unico, parziale, sistema sul quale è possibile agire è se stesso, l'individuo, il proprio asse planetario che si muove e che crea l'illusione che siano il sole e la luna a tramontare e a sorgere. Tentare di cambiare il mondo è operazione inutile e dannosa perché il mondo è imm modificabile.

L'implicito messaggio *mainstream* al nostro paziente diventa facilmente una metacomunicazione sulla sua carente resilienza nel riprogrammare i propri schemi disadattativi originari (inconsci, cognitivi, emotivi, relazionali,

¹¹ Solo un pensiero complesso è in grado di connettere e conseguentemente individuare i principali bisogni essenziali che legano le sorti della salute globale (non solo mentale) del mondo. Si veda questa illuminante e recente sintesi fatta dalla rivista Lancet riguardo le priorità globali della salute mondiale del prossimo futuro. Ovverosia: crisi climatica, salute dei minori, avanzamento della ricerca, salute mentale, accesso universale alle cure. Come si evince da questa sintesi ormai si parla di salute e contestualmente si tengono assieme questioni sociali e ambientali come centrali e decisive per il futuro di ogni tipo di salute.

corporei), dentro i quali è possibile in definitiva poter rintracciare le cause del proprio malessere.

‘Caro paziente, in buona sostanza, nessuno nega che il mondo, là fuori, ci disgusta e che forse molte delle cause dei tuoi disagi dipendono da questo, ma fai l’esame di realtà: in fondo il mondo è sempre stato disgustoso e fonte di malessere, cosa c’è di nuovo? E tentare di cambiare il contesto di vita è tentativo inutile e puerile. Viceversa, guardati dentro e prova a conoscerti e a correggerti, se ti riesce. Resilienza! NON resistenza!’

Così suona, ancora troppo spesso, il *mainstream* della psicoterapia odierna.

Il paziente che può davvero giovare delle tecnologie relazionali delle attuali psicoterapie è qualcuno che, in sostanza, assume il prima possibile questa prospettiva intrapsichica e resiliente e diventa protagonista di una cura al cui centro c’è esclusivamente se stesso, il proprio asse planetario, il proprio individualismo ferito. Il bravo paziente sposa acriticamente il mantra individualistico su cui si fondano gli stessi presupposti culturali che, talora, sono all’origine del suo malessere. Se vogliamo, si tratta di un mantra esplicitamente colpevolistico o autocolpevolistico. È lo stesso paziente che poi è in grado di sopportare gli interminabili e per lui incomprensibili silenzi ‘analitici’, o peggio di sopportare volentieri i compiti a casa per la riprogrammazione dei propri bias, o peggio, di accettare in silenzio l’idea della utilità di 10-15 anni di terapia. Costui si è consegnato, spesso involontariamente, ad un sistema terapeutico che gli chiede di oscurare il mondo e le sue follie e non gli rimane altro che scavare all’infinito dentro se stesso e scoprire la propria difettualità.

Per una serie innumerevoli di ragioni, fortunatamente, la ‘demografia’ dello studio di uno psicoterapeuta sta mutando progressivamente forma: se venti/trent’anni fa l’appello alla resilienza del paziente appena citato aveva ancora una ragione di esistere e una sua intima, omeopatica, efficacia per contiguità culturale, oggi la percentuale di pazienti con i quali questo ‘ordine del discorso’ continua ad avere senso si è drasticamente ridotta ed è sopravanzata una seconda percentuale di pazienti con i quali i determinanti sociali appaiono decisamente prevalenti e per i quali il discorso resiliente è diventato sempre più inaccettabile e al limite sarcastico¹².

Percentuale crescente di pazienti per i quali occorre individuare piuttosto veri e propri percorsi di liberazione, di riconquista di dignità perduta, di superamento dell’anedonia, di alfabetizzazione emotiva, di soggettivizzazione, in

¹² Diversamente, innumerevoli sono diventati oggi, più che ieri, i pazienti ‘migratori’ che cambiano spesso terapeuti alla ricerca di una maggiore vicinanza alla propria condizione di sofferenza e che vivono i nostri più comuni assetti clinici come del tutto incomprensibili e inospitali.

una sola parola lo slogan opposto e contrario a quello qui su espresso: Resistenza! NON resilienza!

La resilienza, se diventa pratica ideologizzata e dogma implicito delle pratiche psicoterapeutiche, diventa automaticamente intima nemica della resistenza laddove quest'ultima risulta essere l'unica, ineludibile, soluzione per proteggere dignità, verità, liberazione dei nostri pazienti, come atto preliminare per la difesa della loro salute psicologica.

Come valutare, dunque, l'irruzione di determinanti sociali nell'atmosfera talora ovattata e artificiosa di uno studio (privato o pubblico) di psicoterapia? E cosa implica questa irruzione circa le strategie terapeutiche e come cambia lo scenario interno/esterno di una seduta se si applica una modalità radicalmente grandangolare come quella qui suggerita?

Innanzitutto, occorre, come già detto, introdurre uno sguardo storico e psicopolitico, che pone in rassegna ogni aspetto totalmente inedito di questa fase storica e ne valuta gli effetti mutageni a livello antropologico, nonché le ricadute mutagene sui più comuni stili di vita, sul tipo umano attuale e sulle sue più comuni prospettive. Uno psicoterapeuta sociale che prenda sul serio il ruolo dei determinanti sociali, si assume una precisa responsabilità etico-politica riguardo i legami sociali e il corpo sociale nel suo insieme. Responsabilità riguardo il peso politico dei propri atti professionali in relazione ai sistemi e sottosistemi che egli incontra.

Allargare lo sguardo per centrare il bersaglio, equivale a dire che uno psicoterapeuta sociale 'incrocia variabili' su piani di incontro iper-complessi e non opera scotomizzazioni della realtà al fine di far rientrare in nome di un'inerzia evocativa, casistiche cliniche prevalentemente inedite in forma e sostanza, in consuete nosografie di scuola. Saper riconoscere, clinicamente, un fenomeno anche solo relativamente nuovo in forma o sostanza anziché continuare a leggerlo con le solite vecchie lenti implica necessariamente una prospettiva sociale.

Su un piano puramente metodologico, la posizione non-ideologica, nella prospettiva di una psicoterapia sociale, non mira a scartare (almeno non del tutto) alcuna procedura, pur scotomica, precedente e comune alla maggior parte dei modelli d'intervento, ma conserva nella sua memoria tecnica ogni acquisizione del bagaglio scientifico psicoterapeutico utile al singolo paziente e alla sua unica e irripetibile condizione.

Si introduce però un pensiero più complesso nel quale le variabili in gioco contemplanò a 360° lo spettro esistenziale e sociale del sistema-paziente (o sistema-coppia, o sistema-famiglia, o sistema-gruppo) che in quel momento localizza un certo problema o un certo disagio non più attribuibile o restringibile solo a fattori disevolutivi, disfunzionali, genetici, intrapsichici, di origine individuale o familiare, ma che diventa testimonianza incarnata del dolore dell'intero spettro sociale di cui quel sistema paziente è, non casualmente, dolente portavoce.

Il tipo umano postmoderno che si affaccia nei nostri studi, per quanto in parte mutato e in mutazione, assomiglia ancora molto al tipo umano precedente, quello moderno, se non altro perché l'inaudita velocità che oggi rende obsolescente un'epoca precedente nel giro di sole 1-2 generazioni, non consente a nessun sapiens di riconfigurare le proprie mappe mentali e corporee alle esigenze e alle richieste di questa contemporaneità.

Ne consegue che molti dei disagi (specie in ambito relazionale) assomigliano molto a ciò che accadrebbe su un computer sul quale si caricassero due software con medesime finalità e con script simili ma con età differenti: uno datato, l'altro recente, che entrano fatalmente in conflitto impallando il sistema operativo sulle medesime procedure. Il vecchio software gioca con i vecchi linguaggi e codici, il nuovo introduce variabili e bisogni del tutto inediti. Risultato: il blocco del computer! Ne consegue, a sua volta, l'introduzione di posizioni grottescamente paradossali per le quali ad esempio 'L'amore è eterno finché dura' (titolo di un noto film di Verdone), cioè la condizione ormai strutturalmente transitoria degli attuali progetti di coppia (ma questo è solo un esempio su mille possibili), che si presenta sempre più spaventosa e per molti ancora densa di un sentimento di eternità di fatto svanito nelle esperienze più comuni. Commistioni, anacronismi, paradossi, tipici di queste fasi storiche di transizione, diventano immediatamente incertezze cliniche e prima ancora incertezze diagnostiche con le quali imparare a convivere ed interagire.

La stretta prossimità temporale e l'estrema rapidità con la quale si presentano i nuovi fenomeni patoplastici o semplicemente psicoplastici (pensiamo ad esempio alle recenti fenomenologie del ritiro sociale, alla diserzione dal paradigma dominante della società della performance, alla riduzione drastica del piacere e del desiderio, o anche alla nuova diffusa fluidità sessuale nelle nuovissime generazioni), ci consente di descrivere come testimoni diretti e dall'interno ogni movimento sociopsichico contiguo temporalmente in maniera comparativa descrivendone i relativi passaggi culturali senza necessariamente iscrivere tali mutazioni in una cornice psicopatologica.

Fenomeni paradossali, tipici di epoche di transizione, come la presenza di palesi atavismi culturali in tendenze, persino collettive, di premodernismo spinto, sono, in forme larvate o emergenti, condizioni piuttosto comuni nei pazienti attuali¹³.

Oppure, giovani donne e giovani uomini che, ad esempio, temono ogni contatto intimo e ogni relazione come fonte inelaborabile di perturbazione.

¹³ In tal senso, i recenti fenomeni di massa collegati alla pandemia e le relative risposte contro-fobiche e negazioniste dell'arcipelago no-vax sono un lampante esempio di come alcuni, più espliciti ed evidenti determinanti sociali, impattino immediatamente su vulnerabilità personali determinando talora risposte francamente psicopatologiche, transitorie e non. Oppure si pensi al fenomeno di massa rappresentato da una psicosetta apocalittica e suprematista come Qanon negli Stati Uniti.

Angosce generative già presenti in adolescenti e giovani donne e uomini, terrorizzati dal futuro e da qualsiasi impegno fondativo. Spinte verso appartenenze comunitarie totalitarie e settarie alla ricerca di certezze perdute per sempre; confinamenti più o meno volontari verso forme di dipendenza e annidamento in contesti familiari¹⁴, ma anche lavorativi (*workaholic*); nuove e sempre più cangianti forme di dipendenza da sostanze e da comportamento. Abitudini di vita ritenute ordinarie ma divenute fonti di stress estremo: stress circadiani, insonnie protratte, abuso di farmaci, depressioni sottotraccia (*languish*) e/o clinicamente rilevanti, anedonie, alessitimie, disturbi dell'alimentazione, forme larvate o estreme di *burn-out* nella gran parte dei contesti lavorativi conflittualità familiari sempre più estreme; ritiri sociali; abbandoni scolastici; nuove forme di sociopatie giovanili, ecc.

Psicoterapia sociale come clinica della resistenza:
soggettivizzazione vs. assoggettamento: dignità, liberazione,
verità del soggetto

Come cambia la clinica di fronte alla moltitudine delle variabili che il nostro sguardo grandangolare ha improvvisamente intrecciato? Innanzitutto, ci muove verso il sistema-paziente, una nuova, maggiore, solidale, umana vicinanza, una nuova partecipazione alla medesima attuale fatica di vivere, un comune sentimento di un mondo che quasi sempre ci turba e ci disgusta, al quale non si riesce ad appartenere e adattarci. Un mondo iperdromico, inflattivo, la cui infosfera è densa, confusiva e rumorosa, un mondo che ci spiazza di continuo su ogni aspetto esistenziale, che ci chiede sacrifici estremi, che ci tratta come infinitamente flessibili ed elastici, noi che flessibili ed elastici non siamo poi così tanto, strutturalmente, biologicamente. Un mondo che tira la corda fino a volerla, con totale sociopatica indifferenza, spezzarla, che chiede ai nostri giovani di lavorare gratis, che ruba loro il futuro, che ci racconta non esserci alcuna alternativa a questo presente incombente e buio, che ci ruba l'attenzione con i suoi dispositivi digitali, che ci fa perdere tempo in attività totalmente inutili e dannose, che ci mostra eternamente proni sugli smartphone anche mentre attraversiamo la strada, che ci permette di dormire solo la metà nel nostro fabbisogno di sonno, che ci satura di spazzatura, concreta e psichica, di ogni genere, che ci isola sempre di più, che ci riempie di migliaia di immagini, reel, meme, parole che dimenticheremo per la gran parte dieci secondi dopo, che ci inzeppa di psicofarmaci, che sdogana a piè sospinto ogni

¹⁴ Si pensi alle dimensioni bibliche in Italia del fenomeno dei NEET, e del sottogruppo di Hikikomori dove siamo numericamente secondi solo al Giappone. Si veda a tal proposito il seminale tentativo di Pontalti (1999) di ridefinire in una cornice antropologica il disturbo dipendente come disturbo da contesto (simbolico o concreto).

offesa alla dignità umana in nome del dio mercato¹⁵. Ed ancora: un mondo che dove ingiustizie e disuguaglianze sociali diventano sempre più ineluttabili, dove la forbice tra i pochissimi sempre più ricchi e i tantissimi sempre più poveri si allarga sempre più. La clinica della resistenza si affaccia e si giustifica in una dialettica con la precedente clinica della resilienza, in funzione di nuovi scenari della realtà odierna che ho provato a sintetizzare nella Tabella 1 (Stanghellini & Muscelli, 2012; Han, 2012; 2015; Crary, 2019; Godani 2019; Loach, 2019; Mazzocco, 2019; Zoia, 2022).

Cambiano gli scenari sui quali si poggiano e insistono le forme di sofferenza psicologica, e nascono al contempo nuove forme di disagio, dirette emanazioni di tali scenari. Aumenta vertiginosamente la velocità psico e patoplastica e sempre più esplicitamente e direttamente le forme del patire parlano una lingua sempre più riconoscibile e aderente al modo di stare al mondo del singolo decennio in corso.

- 1) La clinica della resistenza si caratterizza innanzitutto come una consapevolezza di abitare un mondo, nei suoi principali codici organizzatori del sociale e della psiche, nettamente: i) più accelerato; ii) più pervasivo; iii) più introiettivo (degli organizzatori psichici ed economici della società); iv) più passivizzante; v) più ansiogeno e disperante rispetto al mondo immediatamente precedente (parliamo di pochi decenni).

Questo sentimento spiazzante è per sé stesso motivo di una maggiore vicinanza emotiva del terapeuta al sistema-paziente, anch'esso spiazzato e spaesato come tutti.

‘Imparare a leggere certi fenomeni relazionali come del tutto strutturali e isomorfi rispetto ai codici sociali prevalenti, non è una semplice operazione interpretativa, ma ci serve a comprendere i margini di movimento e di reazione rispetto a quella situazione. Non trattandosi di una unica deriva psicopatologica attribuibile al singolo, ma di un precipitato sistemico relativo a precise culture organizzative e istituzionali, cambia totalmente la rappresentazione interna del trauma (del paziente), anche se le emozioni connesse rimangono le stesse’. (D’Elia, 2020).

¹⁵ In buona sostanza un mondo che ha da troppo tempo oltrepassato la soglia di tolleranza delle capacità corporee e cognitive di sopportazione della nostra specie, una soglia sacra. Perciò, un mondo blasfemo, potremmo dire in estrema sintesi. Dove per blasfemo, termine mutuato dal lessico religioso, ci indica propriamente quell’atto dissacratorio, come la bestemmia, che segnala il calpestare un territorio o una funzione sacra. Il perimetro del sacro in questo contesto è quello definito dai limiti non valicabili psico-neuro-somatici in dotazione alla nostra specie. Funzioni psichiche e fisiologiche non malleabili all’infinito: dal mangiare, al dormire, al vivere col prossimo, al prestare attenzione a un numero congruo di stimoli, al perseguire o viceversa rinunciare alle proprie abitudini. Blasfemo è aver immaginato come flessibili limiti che non lo sono nel nome di stili di vita compiacenti con le esigenze del sistema economico (vedi in bibliografia Sennett, 1998).

Tabella 1. Nuovi scenari della clinica della resistenza.

Scenari della tecnosfera	<ul style="list-style-type: none"> - Vita sul web (virtualizzazione, iperconnessione, emozionalizzazione e decorporeizzazione dell'esperienza, pervasività del <i>marketing</i> dell'attenzione) - <i>Big data</i> (automatizzazione dei processi di controllo sociale tramite algoritmi, revisione dell'idea stessa di libertà. [Han, 2015]) - Intelligenza artificiale (robotizzazione, impatto ancora non del tutto prevedibile su abitudini comuni e mondo del lavoro)
Scenari socio-politico-lavorativi	<ul style="list-style-type: none"> - Precarizzazione esistenziale e progressiva acquisizione del modello estemporaneo <i>rider</i> (Stanghellini & Muscelli, 2012; Loach, 2019) - <i>Mobbing e burnout</i>, non più come semplici patologie dei sistemi organizzativi, ma come loro modelli codificati - Rifiuto drastico del lavoro e del lavorismo nelle ultime generazioni (fine del lavoro come elemento di civiltà e realizzazione di sé) - Impoverimento progressivo della classe media e allargamento delle disuguaglianze - Riduzione drastica del welfare e dei diritti: istruzione, sanità, previdenza, abitazione - Rottura del patto sociale, fine dell'ascensore sociale - Progressiva sfiducia nelle classi politiche e scollamento dai bisogni pubblici
Scenarisocio-relazionali	<ul style="list-style-type: none"> - Spinte individualistiche e disaggregative - Proliferazione di comunità patologiche - Competizione <i>versus</i> cooperazione - Spinte performative e adesione a modelli performativi - Crisi endemica di coppia e famiglia, ricerca di nuovi codici organizzatori del familiare, aumento della fluidità della sessualità - Denatalità e angosce generative - Riduzione del piacere e della sessualità (Han, 2012; Godani 2019; Zoia, 2022) - Riduzione dell'impegno relazionale e dei comportamenti di reciprocità - Massiccia mercificazione dell'esistenza e delle relazioni
Scenari della psicosfera:	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione del tempo per sé e per gli altri (Mazzocco, 2019) - Affermazione pervasiva del <i>marketing</i> dell'attenzione - Riduzione drastica del sonno e proliferazione delle patologie del sonno (Crary, 2019) - Stanchezza cronica e diffusione epidemica di vissuti depressivi sottotraccia (<i>languish</i>) - Aumento dello stress - Fatica a progettare il futuro e il presente - Ritiro sociale nelle nuove generazioni - Aumento dei comportamenti dipendenti - Aumento dei vissuti di vuoto e di disperazione - Aumento di ansia e depressione e comportamenti suicidari

E più avanti:

‘La competenza sociale di un terapeuta, non generica e non aspecifica, ma puntuale e informata, è certamente elemento di implementazione dell’efficacia terapeutica in quanto favorisce i cambiamenti di rappresentazione interna del trauma e ne accelera il metabolismo psichico oltre a favorire una maggiore vicinanza empatica tra terapeuta e paziente. Un terapeuta che, viceversa, si stupisce o rimane spiazzato facilmente dai nuovi fenomeni sociali, che non possiede chiavi ermeneutiche adeguate e rimane ancorato a inerzie interpretative teoriche anacronistiche o a riduzionismi, risulterà fatalmente più distante e meno addentro al problema del paziente’. (D’Elia, 2020).

- 2) In secondo luogo, la clinica della resistenza ha acquisito nel proprio bagaglio di competenze una maggiore articolazione delle variabili osservative (il già citato sguardo sinottico e grandangolare) e lo applica invariabilmente su ogni situazione clinica. Saper tenere assieme aspetti personologici e copioni familiari, aspetti contestuali specifici, aspetti storico-culturali e aspetti collaterali e intervenienti potenzialmente resilienti, di ciascun sistema-paziente vuol dire:

‘Tenere in altissima considerazione non solo la storia pregressa e gli inciampi evolutivi anche transgenerazionali, ma considerare l’intera storia del paziente (la sua intera psicobiografia) come significativa alla stessa stregua della sua infanzia, i suoi stili di attaccamento, ecc. Quindi diventa fondamentale valutare ogni possibile, singola, crisi di confine, sia remota che recente, che nella storia del paziente ha rappresentato un problema, un blocco, un fallimento, un elemento dirompente, una discontinuità indigesta, un elemento traumatico evidente o sottotraccia. L’incrocio che occorre osservare va quindi inteso tra aspetti vulnerabili sia a livello personale, che familiare, che socio-culturale, che contestuale e contingente. [...] L’intreccio delle variabili storico-personali, di quelle storico-famigliari, si incontra senza alcun attrito teorico, con l’intreccio della storia socio-culturale dell’individuo, della sua famiglia, delle gruppaltà, delle variabili antropologiche in cui egli insiste. Un qualunque conflitto o trauma o difficoltà o vulnerabilità personale di un paziente diventa dunque il punto di incrocio di tutte le variabili in gioco: variabili biologiche, emotive, affettive, cognitive, personologiche, ambientali, socio-culturali, antropologiche, fattori resilienti o anti-resilienti contingenti e collaterali, etc. Si possono e si devono, quindi, tenere assieme tutti i piani esistenziali: piano individuale, piano familiare e piano sociale, che diventano una mappa su cui potersi muovere per l’individuazione di operatori psichici realmente trasformativi, potendo ricostruire alcuni dei complessi passaggi del percorso terapeutico e le tappe significative che hanno rappresentato gli snodi evolutivi di successo [...] La possibilità di tenere assieme su questa mappa, che io chiamo campo sociopsichico, tutti i piani, tutti i codici e tutti i linguaggi di tale articolazione osservativa, potendoli confrontare, distinguere e/o associare, riorganizza radicalmente le priorità cliniche e le ordina secondo una sequenza che corrisponde alle priorità del sistema-paziente’. (D’Elia, 2020)

E più avanti:

‘La storia che ci racconta il sistema-paziente coinvolge ed implica molte altre storie e vicende variabilmente intrecciate e sovrapposte sui diversi piani della biografia individuale, di quella familiare molto più longitudinale, del clima storico culturale con le proprie specificità. Di tutto ciò riusciamo a osservare solo l’ultimo pezzo e solo l’ultima voce narrante, quella del paziente che è in grado di raccontarci solo un frammento problematico della sua vita, quello che lo conduce da noi. [...] Se siamo fortunati e soprattutto allenati allo specifico ascolto di questo incrocio di linee narrative sui diversi piani (pensate ai più arditi contrappunti fuggiti bachiani per avere una pallida idea di ciò che intendo descrivere), riusciamo forse a intuire quali cento altre storie si dipanano in trasparenza, cogliendo in filigrana la trama complessa delle linee narrative sottese a quella principale. [...] È questo l’esercizio ermeneutico di uno psicoterapeuta allenato ad allargare lo sguardo e ad accendere il grandangolo del proprio obiettivo. Ogni storia, personale e transgenerazionale, ha i propri specifici inciampi, scritti in trasparenza su lastre fotografiche per nulla nitide. Molte vicende si assomigliano in alcune invarianti storiche, altre si differenziano per la propria specificità traumatica. Saper leggere le storie delle famiglie, dell’educazione dei figli, degli svincoli problematici, delle difficoltà specifiche dentro cornici storico-culturali ben precise, dentro flussi riconoscibili, significa potersi riferire a coordinate comuni a quelle del paziente. Magari provando anche a parlare la stessa sua lingua’.
(D’Elia, 2020)

- 3) In terzo luogo, la clinica della resistenza è una clinica eminentemente di soggettivizzazione del tipo umano contemporaneo. Tende cioè a leggere taluni fenomeni della contemporaneità come intrinsecamente neganti dignità, libertà e verità delle persone, condizioni queste precedenti ad ogni discorso sulla salute psicologica. In tal senso uno psicoterapeuta sociale è tutt’altro che neutrale (politicamente) rispetto a ciò che è interesse di salute psicologica e sociale del singolo cittadino e delle sue comunità di appartenenza. Rimanere neutrali rispetto alla contrapposizione, sempre più palese e intensa, tra interesse e sviluppo dei sistemi sociali ed interesse e salute dei singoli e delle comunità così come si sta sempre più polarizzando nei nostri più recenti scenari politici ed economici, significa di fatto non prendere posizione a favore e al fianco del benessere dei cittadini (D’Elia, 2015).

Posizione ambigua e contraddittoria che porrebbe uno psicoterapeuta automaticamente, bene che vada, nella posizione, inesistente e inverosimile, del mediatore, o male che vada nella posizione che qui possiamo definire come ‘omeopata del presente’, di fatto collusiva con la iatrogenicità dell’attuale realtà sociale. In realtà non è possibile alcuna mediazione tra interessi del PIL e salute psicologica dei sapiens. Questa consapevolezza è assodata per chi conosce a fondo le fenomenologie iatrogene dell’attuale civiltà umana e le sue vistose conseguenze sull’intero ecosistema.

Del resto, sono ben noti i fenomeni introiettivi di compiacenza e di complicità inconsapevole che caratterizzano gli attuali automatismi di partecipazione alla vita quotidiana di ciascuno di noi e che consentono di fatto la sopravvivenza e la continuità espansiva degli attuali meccanismi economici inflattivi. Si considerino come paradigmatiche tutte le attività gratuite e spontanee che la stragrande maggioranza di noi svolge nel partecipare semplicemente alla vita sul web e che risultano come guadagni diretti o indiretti delle più grandi multinazionali riconducibili a tali attività in termini di informazioni big data spendibili in termini di controllo e potere sui mercati. Lavoriamo di fatto gratuitamente per Google, Meta (Facebook, Instagram, YouTube), Tiktok, ecc., in cambio di un promesso progresso collettivo che però si traduce infine in un mondo sempre più disegualitario¹⁶. Lo schema compiacente è sempre lo stesso individuato già da Freud nel suo saggio sul Disagio della Civiltà (1929) 'L'uomo civile ha barattato una parte della sua possibilità di felicità per un po' di sicurezza', con la differenza che oggi in gioco non ci sono solo più felicità e sicurezza, bensì dignità, libertà e verità in cambio di una vita sempre meno sostenibile divenuta merce scaduta.

La radice e la matrice di questo iniquo scambio la ritroviamo nel recente passato nella fondazione consumistica del soggetto moderno. Il paradigma consumistico sul quale è stato pensato e costruito il tipo umano moderno dopo la seconda guerra mondiale (Foucault, 1979) e sul quale il neo-liberismo ha a sua volta costruito il sentimento di veridizione della realtà (Foucault, 1979) in concomitanza con le stesse fondamenta economiche della società, è lo stesso paradigma che prevede la partecipazione attiva del soggetto contemporaneo (imprenditore di se stesso) alla costruzione della propria felicità attraverso la partecipazione alle regole implicite dell'economia e dei suoi codici invisibili (benché salvifici nell'immaginario collettivo).

Il soggetto, prima moderno e poi soprattutto post-moderno, ipercodificato nel sistema economico, viene di fatto usurpato pezzo e pezzo (e con la propria attiva, collusiva, involontaria, partecipazione), di ogni reale possibilità di scelta.

Giungiamo così oggi, nella più delirante versione dello sviluppo socio-politico, in una condizione nella quale non è più negoziabile che:

¹⁶ La promessa di uno sviluppo universale del progresso tecnologico e delle sue ricadute egualitarie sulla vita di tutti i cittadini del mondo è la stessa promessa che caratterizza il capitalismo delle sue origini e che ancora oggi, nelle sue infinite varianti narrative, viene ripetuta in ogni passaggio involutivo del moderno capitalismo finanziario e della *new economy* globalizzata. L'impatto sulla credulità collettiva rimane inalterato e la speranza che un'intelligenza collettiva o una tecnologia autenticamente democratica un giorno ci salverà torna oggi, ancora una volta, come tragico e ingenuo presagio.

- la politica si occupi delle regole dell'economia (ormai saldamente in mano a pochissimi oligarchi monopolisti al di fuori di ogni controllo);
- la politica riprenda conseguentemente in carico il welfare e riduca ogni diseguaglianza e ogni differenza di opportunità tra popoli e tra persone e settori sociali dello stesso popolo;
- la politica intenda o riesca ad occuparsi dei bisogni essenziali delle persone;
- le persone possano immaginare di introdurre stili di vita realmente alternativi a quelli del mainstream prevalente o possano vivere senza massimo disagio stili di vita più frugali e non-insoddisfatti;
- le persone possano di fatto sfuggire, con sentimento di disagio, alla sorveglianza della propria vita quotidiana (Zubof, 2019).

Questa configurazione della relazione stabile tra regole ordinatrici dell'economia e regole ordinatrici del mondo psichico del soggetto, nel loro continuo specchiarsi e rinforzarsi vicendevolmente, si chiama di fatto alienazione, o per dirla in un termine più vicino a noi e che richiama la stessa radice 'soggetto', si chiama assoggettamento, ciò che priva il soggetto contemporaneo sia della sua verità, sia della sua libertà, sia della sua dignità umana, riducendolo prima a consumatore (e non più cittadino), nell'illusoria idea di costruire in tal modo la propria felicità, poi infine ad aguzzino di se stesso (Han, 2015), nel consegnarsi totalmente ad un mondo che gli chiede il totale, spontaneo, sacrificio di sé.

Giunto nei nostri studi, con il carico delle proprie sofferenze psicologiche e contestualmente in gravissimo deficit di dignità, libertà e verità, quindi di salute psicologica, il soggetto contemporaneo assoggettato si presenta grandemente assetato (e dunque in debito) di soggettività. Al di là (o al di qua) delle sue specifiche problematiche psicologiche, tale soggetto si presenta molto spesso assediato da stress di ogni genere, da un disagio esistenziale di fondo per lui incomprensibile fatto di stanchezza cronica, anedonia, all'esitimia, insonnia, mancanza di tempo e di energia, problemi familiari e lavorativi di ogni tipo, spesso con ambascie economiche irrisolvibili, incastrato e affossato in uno stile di vita troppo alto che non può assicurare né a se stesso, né ad alcuno, o viceversa schiacciato in uno stile di vita troppo basso e senza via di fuga da non poter essere più tollerato. Se giovane e appartenente alle ultime generazioni, questo quadro generale relativo al soggetto contemporaneo, in genere è ancora peggiore in quanto connotato da una maggiore consapevolezza dell'assenza di margine e di movimento, una sorda rassegnazione all'impotenza e la consapevolezza dell'assenza di futuri possibili, colorati e positivi.

La clinica della resistenza nasce dunque in questo preciso contesto sto-

rico e antropologico e persegue il tentativo di alleanza con il sistema-paziente in vista di una sua ri-soggettivizzazione e di una sua auspicata liberazione.

BIBLIOGRAFIA

- Berardi, F. (2023). *Disertate*, Palermo: Timeo.
- Crary, J. (2013). *24/7: Late Capitalism and the Ends of Sleep*. London and New York: Verso, 2013. (*24/7 Il capitalismo all'assalto del sonno*, Roma, Einaudi, 2019).
- D'Elia, L. (2006). Compiacenza del giovane psicoterapeuta precario ed imprevedibili effetti di retroazione, *Altrapsicologia*. Disponibile da: <https://www.altrapsicologia.it/articoli/compiacenza-del-giovane-psicoterapeuta-precario-ed-imprevedibili-effetti-di-retroazione/>
- D'Elia, L. (2015). *Alienazioni compiacenti. Star bene fa male alla società*. Amazon.
- D'Elia, L. (2020). *La funzione sociale dello psicoterapeuta*. Alpes Italia Editore.
- Fisher, M. (2009). *Capitalist Realism: Is There No Alternative?* Winchester: Zero Books, 2009. (Tr. it. *Realismo capitalista*. Roma, Nero Editions, 2018).
- Foucault M. (1979). *Naissance de la biopolitique (1978-1979)*, Paris, EHESS, Gallimard, Le Seuil, 2004, 355 p. (Tr. it. *Nascita della biopolitica (1978-79)*, Corso al College de France, Milano, Feltrinelli, 2015).
- Foulkes, S.H. (1948). *Introduction to Group-Analytic Psychotherapy: Studies in the Social Integration of Individuals and Groups*. Maresfield. (Tr. it. *Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica*, Roma, EUR edizioni, 1983).
- Freud, S. (1929). *Il disagio della civiltà*, Torino: Boringhieri.
- Godani, P. (2019). *Del piacere che manca*. Roma: Derive Approdi.
- Han, B.-C. (2012). *Agonie des Eros*, Matthes & Seitz, Berlin. (Tr. it. *Eros in agonia*. Nottetempo, Milano, 2012).
- Han, B.-C. (2014). *Psychopolitik. Neoliberalismus und die neuen Machttechniken*, Fischer, Frankfurt. (Tr. it. *Psicopolitica*, Nottetempo, Milano, 2016).
- Kaës, R. (2010). *Il disagio del mondo moderno e la sofferenza del nostro tempo. Saggio sui garanti metapsichici*. Frenis Zero anno VII.
- LANCET. (2023). *Priorities for the future of health*, Youtube. Disponibile da: <https://www.youtube.com/watch?v=khkOfsFgEeA&t=1s>
- Loach, K. (2019). *Sorry, we missed you*.
- Mazzocco, D. (2019). *Cronofagia*. Roma: D editore.
- Pievani, T. (2021). *L'arrivo dell'uomo e la sesta estinzione di massa' Il gorilla ce l'ha piccolo* storielibere.fm podcast. Disponibile da: <https://storielibere.fm/il-gorilla-ep-16-larrivo-delluomo-e-la-sesta-estinzione-di-massa/>
- Pontalti, C. (1998). *Multipersonal fields and the construction of the therapeutic project*. In Ceruti M., Lo Verso G. (Eds.) *Epistemologia e psicoterapia*. Milan: Raffaello Cortina Editore.
- Pontalti, C. (1999). *Disturbi di personalità e campi mentali famigliari. Disturbo dipendente e contesto*, *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, n. 9, Roma, Angeli, 1999.
- Rovelli, M. (2023). *Soffro dunque siamo. Il disagio psichico nella società degli individui*. Roma: Minimum Fax.
- Scabini, E., Cigoli, V. (2000). *Il Familiare*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Sennett, R. (1998). *The Corrosion of Character, The Personal Consequences Of Work In the New Capitalism*, Norton, New York-London. (Tr. it. *L'uomo flessibile. Le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale*, Milano, Feltrinelli, 1999).
- Stanghellini, G., Muscelli, C. (2012). *Istantaneità. Cultura e psicopatologia della temporalità contemporanea*, Milano: Franco Angeli.

- Virilio, P. (2003). *Ville panique: Ailleurs commence ici*, éd. Galilée. (Tr. it. *Città panico*. Milano, Cortina Raffaello, 2004).
- Zoja, L. (2022). *Il declino del desiderio. Perché il mondo sta rinunciando al sesso*. Torino: Einaudi.
- Zubof, S. (2018). *The Age of Surveillance Capitalism: The Fight for a Human Future at the New Frontier of Power*, Profile Books. (Tr. it. *Il capitalismo della sorveglianza*, Roma, Luiss University Press, 2019).

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 22 febbraio 2023.

Accettato: 2 maggio 2023.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:785

doi:10.4081/rp.2024.785

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.