

## Quale configurazione?

Martina Mancuso,\* Giovanna di Giacomo\*

SOMMARIO. – Le autrici si propongono di mettere in dialogo alcune controversie teoriche e pratiche presenti in Psicoanalisi della Relazione e, più in generale nell’ambito della psicoterapia psicoanalitica, attraverso il confronto tra due psicoanalisti, Psi1 e Psi2. I due clinici discutono approfonditamente il concetto di ‘configurazione’ in psicoanalisi della relazione, interrogandosi sul suo significato e sull’applicazione clinica, evidenziando la complessità del metodo. Il dibattito si apre sul concetto di trauma, su dove si collochi rispetto alla configurazione dell’Io-Soggetto. Psi1 mette in rilievo il carattere insaturo dei meta-criteri, avvertendo sull’autoreferenzialità teorica, mentre Psi2 si concentra sull’importanza della pratica clinica e sulla comprensione della specificità del paziente. Attraverso questo confronto, le autrici offrono una visione aperta e flessibile della prospettiva clinica, proponendosi di rispettare l’unicità di ogni individuo.

*Parole chiave:* configurazione; meta-teoria; relazione; trauma; insaturo; metodo.

*‘L’unica conoscenza che valga è quella che si alimenta di incertezza  
e il solo pensiero che vive è quello che si mantiene  
alla temperatura della propria distruzione.’*

E. Morin

### Introduzione

Il dialogo è una forma espressiva nota in psicoanalisi: spesso ci troviamo ad analizzare protocolli e casi clinici, che altro non sono se non dialoghi a due voci tra pazienti e analisti. Eppure, il dialogo tra professionisti è qualcosa che troviamo raramente ad analizzare al microscopio. In questo senso, il dialogo dal titolo ‘quale configurazione?’ rappresenta un mezzo con cui abitare seriamente (e non seriosamente) l’approccio di Psicoanalisi della Relazione in termini di metodo. Il tema che lega il confronto tra gli interlocutori, due psicoa-

---

\*Psicologa, Psicoterapeuta e Psicoanalista della Società Italiana Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), Italia.

E-mail: martinamancuso.psicologa@gmail.com; digiacomo.psi@gmail.com

nalisti chiamati Psi1 e Psi2, è il passaggio da una lettura oggettiva teorica della realtà a una lettura meta-teorica, attraverso un'analisi focalizzata sui legami e gli intrecci piuttosto che sulla ricerca della verità.

Proprio per questo motivo, la dialogica a due voci tra psicoanalisti è una chiave di lettura audace, critica e autocritica rispetto alle lenti con cui guardiamo la realtà.

Nello specifico, in questo dialogo emerge una discussione tra psicoanalisti della Società Italiana Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), ognuno con prospettive e interpretazioni variegata riguardo al senso clinico del meta-criterio 'configurazione' in psicoterapia. L'attenzione è focalizzata su questioni teoriche, meta-teoriche e cliniche, mettendo in discussione il concetto di configurazione, l'impatto del trauma e, infine, lo scopo della psicoanalisi.

La configurazione dell'Io-Soggetto, così come emergente da questo scambio, sfida l'immobilità concettuale, abbracciando la natura fluida e sfaccettata dell'esperienza umana.

Psi1 e Psi2 oscillano tra la ricerca di una prospettiva che valorizzi la ricchezza dell'esperienza individuale e la necessità di condividere dei concetti teorici che guidino il ragionamento clinico: la dialettica tra comprensione e spiegazione, tra clinica e teoria, è messa in scena in una logica di complessità, un'interazione ricorsiva in cui una voce non esiste in assenza dell'altra, ma può esprimersi proprio a partire dall'esistenza dell'altra.

Nell'ambito della psicologia e della psicoanalisi, il dibattito sulla comprensione della natura dell'essere umano ha generato una ricca gamma di prospettive teoriche: secondo la nostra impostazione di metodo, queste prospettive non vanno sedate o temute, ma interrogate con curiosità e audacia, con l'intento di chi non ha l'obiettivo di assolutizzarle o farne statuti teorici così luminosi da risultare accecanti. L'animato confronto non vuole mettere in luce vinti o vincitori. Non si traduce in posizioni chiare o incompatibili. Questo lavoro suggerisce che la sfida non risiede tanto nelle posizioni individuali quanto nelle intricate domande che, unite nel dialogo, cercano di sondare la profondità e la complessità della condizione umana.

È rilevante sottolineare che questo lavoro, il dialogo stesso e il tema della configurazione, agiscono in realtà come veicoli per mettere in scena la complessità e, quindi, il 'metodo'. L'enfasi è posta sul processo, sulla curiosità espressa, sulle difficili domande che emergono, anche quelle che ci poniamo segretamente per il solo fatto che, per loro natura, non possono avere risposte definitive.

Il dialogo culmina con un richiamo alla necessità di mantenere una prospettiva aperta e flessibile, considerando la meta-teoria come uno strumento concettuale insaturo che prende forma in relazione ai contenuti portati dal paziente. L'articolo suggerisce che la comprensione della configurazione dovrebbe concentrarsi sulla centralità dell'Io-Soggetto specifico, evitando l'autoreferenzialità teorica e mantenendo viva la tensione insita nella natura insatura dei meta-criteri.

---

## Dialogo

Psi1: Qua dicono tutti che il trauma non esiste...

Psi2: Sì vabbè... se non esiste il trauma non esiste neanche la mamma.

Psi1: La mamma è sempre la mamma!

Psi2: E il trauma è sempre il trauma.

Psi1: In che senso?

Psi2: Bè, che il termine 'trauma' indica un danno all'organismo dovuto a un evento esterno, come per esempio uno scontro o un urto.

Psi1: E l'organismo prima che cosa era?

Psi2: In che senso?

Psi1: Prima del trauma, che cosa era?

Psi2: Umm... bè, per certi versi, era un organismo un po' diverso. Perché il trauma ti fa vedere le cose in modo diverso, ti fa reagire agli eventi in modo diverso. Dopo un trauma, l'organismo si iperattiva di fronte a uno stimolo *trigger*, è una questione di *arousal*, iper-reagisce fino a sperimentare uno stress post traumatico.

Psi1: Ma le hai studiate queste cose?

Psi2: Eh sì.

Psi1: Ma c'è sempre quel problema. Che l'Io-Soggetto è uno. Diviso in parti. E in interazione tra loro.

Psi2: E che c'entra?

Psi1: Che non possiamo pensare che l'Io-Soggetto sia il suo *arousal* e neanche che l'*arousal* sia un pezzetto staccato dell'Io-Soggetto!

Psi2: Sì ho capito, le so queste cose, ho fatto anche io la SIPRe. Ma tra noi possiamo dircelo, ok che l'Io-Soggetto è uno, ma il trauma è un evento esterno, negativo, che agisce sul paziente, in alcuni casi ha un impatto psicopatologico e in qualche modo devia la traiettoria evolutiva dell'individuo. Non possiamo negare la drammaticità del trauma e non possiamo negare che quando il paziente arriva, noi lo aiutiamo ad elaborarlo.

Psi1: Il trauma, come l'*arousal*, non è il paziente e non può essere un pezzo staccato del paziente che agisce su di lui. Ti ricordi l'auto-eco-organizzazione? 'L'Io-Soggetto è nella realtà, che è nell'Io-Soggetto'?

Psi2: Sì vabbè ma concretamente... Prendi ad esempio il COVID: dopo l'evento COVID, ogni volta che qualcuno starnutisce in metro la gente lo tratta come se avesse la peste. E c'è un motivo per questo: è stata una pandemia, una catastrofe! Non possiamo arroccarci sulle nuvole, chiudere occhi e orecchie e negare l'impatto sul benessere psicologico delle persone!

Psi1: Va bene. Ok. Poniamo caso che il trauma esiste ed è un evento esterno. E che noi, rilevandone l'impatto, aiutiamo il paziente ad elaborarlo. Però uno stesso evento ha effetti diversi sulle persone. Non tutti hanno reagito

al COVID allo stesso modo. Come facciamo a sapere nello specifico perché quel paziente - e a partire da cosa - reagisce in un modo o in un altro?

Psi2: Lo sappiamo perché, lavorando con il paziente, attraverso la Presenza a Sé Stessi, arriviamo a comprendere la sua configurazione. E come questa poi si attua e si modifica. Un paziente con tratti ossessivi, di fronte all'evento COVID, reagirà in modo diverso da un paziente con tratti psicotici: il primo probabilmente rinforzerà le sue soluzioni di controllo sull'ambiente esterno aleatorio. Il secondo, etero-regolato, si sentirà finalmente a casa. Quindi, io posso aiutare il paziente se ho in mente chi è quel paziente e perché soffre: solo così posso leggere le sue soluzioni storiche e comprendere perché non funzionano più adesso. Attraverso la Presenza a Sé stessi il paziente potrà partire da sé, prendere in mano le sue soluzioni e il suo divenire e accedere alla creatività.

Psi1: Quindi, la Presenza a Sé stessi è uno strumento tecnico che ci consente di comprendere la configurazione dell'Io-Soggetto?

Psi2: Certamente.

Psi1: Ma la Presenza a Sé stessi di chi?

Psi2: Dell'analista e quindi del paziente.

Psi1: Tu la Presenza a te stessa te la autosomministri e poi la infondi al paziente?

Psi2: No, vado in supervisione.

Psi1: Almeno questo!

Psi2: Non sono brava come te con le parole! Ma, te lo ripeto, tra noi possiamo anche essere chiare. In analisi aiuto il paziente a cogliersi per quello che è.

Psi1: Non mi dire.

Psi2: Sì. A cogliere...

Psi1: La mela.

Psi2: No. La configurazione!

Psi1: A cogliere la configurazione?

Psi2: Direi proprio di sì, sono lì per questo. Certo, ho bisogno di un po' di tempo per conoscere il paziente, però le prime sedute servono proprio, non dico a fare un'anamnesi prossima e remota in senso psichiatrico, ma a capire chi è quel paziente, la sua storia personale, familiare e culturale, le sue relazioni e le sue esperienze. Capire perché soffre e perché viene proprio ora. In altre parole, i primi colloqui mi servono a comprendere la sua configurazione.

Psi1: Non sono sicura che andrei in analisi da uno che è convinto di poter comprendere la mia configurazione in tre colloqui.

Psi2: Forse hai paura della tua configurazione.

Psi1: Forse ho paura di te e di come abiti il tuo ruolo.

Psi2: Ok, siamo psicoanaliste, non abbiamo bisogno di andare sul persona-

le. Non preoccuparti, non avere paura. Facciamo un passo indietro. Cosa faresti tu con il paziente?

Psi1: Umm... è molto difficile rispondere alla tua domanda, perché io non credo di poter conoscere la configurazione.

Psi2: All'inizio ok. Ma tu di quanti colloqui hai bisogno?

Psi1: Penso che anche dopo quindici anni di psicoanalisi non potrei pretendere di conoscere la configurazione del paziente. Non posso conoscere l'altro per quello che è.

Psi2: Non posso conoscere il paziente per quello che è e su questo siamo d'accordo. Ma posso conoscere la configurazione. Sennò su cosa lavori?

Psi1: Su 'cosa' lavoro?

Psi2: Sì.

Psi1: Se avessi voluto lavorare 'sulle cose' avrei fatto l'ortopedico oppure il macellaio.

Psi2: Mmm con questa mania delle parole, non si può davvero dire più niente! Nemmeno io faccio l'ortopedico. Ma non mi stai comunque spiegando che cosa intendi per configurazione e come lavori!

Psi1: Bè, intanto partiamo dal fatto che io non lavoro sulle cose. Non lavoro, quindi, sulle persone, che non sono cose. Non lavoro neanche sulla configurazione. Che non è una cosa.

Psi2: Wow che brava. Tutto molto coerente. Immagino che se la configurazione non è una cosa, non posso nemmeno chiederti che cosa è.

Psi1: Okay, ripartiamo allora dall'unica cosa su cui siamo d'accordo. La meta-teoria dell'Io-Soggetto è formulata in Essere e Divenire, giusto?

Psi2: Infatti. Prendo un attimo il libro. Michele (Minolli, 2015), pagina 113, rigo 25, capitolo 4, paragrafo 6. Qui lui identifica i tre momenti del processo dell'Io-Soggetto.

Il primo è la configurazione e dice (cito testualmente):

1. 'L'affermazione meta-teorica che la genetica e l'ambiente configurano l'Io-Soggetto indica che prima del concepimento quell'Io-Soggetto non esiste'.

In sostanza non esiste un soggetto preesistente che decide chi essere.

2. E ancora 'è un ossimoro ritenere che l'esterno non sia istruttivo nel momento del concepimento'

Per te, che sei così brava con le parole, voglio ricordare un esempio di ossimoro: silenzio assordante. Mettere accanto due concetti opposti. È chiaro che nel momento zero della vita, prevalga l'eco-organizzazione. Quell'ovulo e quello spermatozoo non sono dell'Io-Soggetto, che non ha scelto di nascere.

Ritorniamo su Michele (Minolli, 2015):

'Nei momenti successivi allo zero, per tutte le tappe che costituiscono la vita, l'Io-Soggetto funzionerà inevitabilmente sull'incidenza reciproca MA lo farà all'interno dell'iniziale e originaria configurazione'.

Quindi, nel momento zero della vita il soggetto è configurato dall'esterno. Da lì esiste, e da quel momento funziona in un rapporto di incidenza reciproca con l'esterno, su linee di forza che sono inscritte dentro di lui. L'incidenza reciproca ha come referente la configurazione.

Psi1: Cosa significa in termini clinici?

Psi2: Che prima conosco la configurazione e poi vedo come il paziente, nella sua incidenza reciproca, la attua con le sue soluzioni storiche e, eventualmente, la modifica.

Psi1: Quindi il paziente attua e modifica la configurazione!?

Psi2: Sì, c'è scritto!

Psi1: La indossa anche per uscire la sera?

Psi2: ...

Psi1: Siamo d'accordo sui contenuti di Essere e Divenire. Ma credo che il senso di questo confronto non siano i contenuti. Il senso è cosa ce ne facciamo e come usiamo queste indicazioni meta-teoriche nella clinica, cioè nell'incontro con l'Io-Soggetto particolare. E poi non c'è scritto che la configurazione cambia, perché, semplicemente non cambia.

Psi2: La configurazione non cambia? Come faccio ad aiutare il paziente se la configurazione non cambia? Rimane uguale per tutta la vita??

Psi1: Una cosa per volta...! Partiamo per punti:

Il discorso parte, e cito testualmente, con 'l'affermazione meta-teorica' perché configurazione è un meta-criterio della meta-teoria dell'Io-Soggetto. Configurazione, coscienza e creatività sono i tre momenti meta-teorici del processo dell'Io-Soggetto. Sono precisamente sullo stesso piano epistemico: nessuno direbbe mai che è possibile conoscere, prevedere o controllare la creatività dell'Io-Soggetto, perché è propria del paziente. Non credo nemmeno che qualcuno si proponga di misurarla o di comprendere a che numero di seduta scatti 'la creatività'. Non perché è vietato chiederselo, ma perché questo tipo di domanda - se interpretata in senso concreto - non ha veramente alcun senso. Lo stesso discorso identico va fatto sulla configurazione.

Psi2: Ah.

Psi1: La configurazione è introdotta principalmente per valorizzare la centralità dell'Io-Soggetto specifico. Minolli (2015) lo spiega chiaramente a pagina 119: *«L'Io-Soggetto non è un'entità fuori dal tempo e aprioristica che vagando nello spazio siderale aspetta il momento di incarnarsi. Sostenere che l'Io-Soggetto è configurato dalla genetica e dall'ambiente è un punto di vista meta-teorico che permette di prendere in considerazione il singolo e particolare Io-Soggetto. L'Io-Soggetto è quello che è perché risultato delle modalità che lo configurano. Sono esse che fanno esistere quel concreto e singolare Io-Soggetto. È questo suo essere unico che ne fa una 'cosa speciale'.»*

Psi2: Eh, sì, l'Io-Soggetto è speciale...

Psi1: Io davvero non capisco. Come facciamo a pensare di lavorare sulla configurazione, se non ci chiediamo come lavorare con un meta-criterio?

Psi2: Mi sono persa.

Psi1: La configurazione è un meta-criterio giusto?

Psi2: Sì.

Psi1: Ti sei mai chiesta che significa?!

Psi2: Che sono criteri generali che non dicono niente sul soggetto particolare.

Psi1: No.

Psi2: Come no?

Psi1: Non è un criterio, è un meta criterio.

Psi2: Okay, quindi che la mappa non è il territorio

Psi1: E quindi?

Psi2: Non so, sono linee generali. I contenuti li porta l'Io-Soggetto, ma intanto io so che ha una configurazione, una coscienza e una creatività.

Psi1: Vedi il punto è proprio questo, chiarire che statuto epistemico diamo ai concetti che accompagnano il nostro ragionamento clinico.

Psi2: No vabbè, tu stai proprio volando. Statuto epistemico?

Psi1: Sì. In che modo, cioè, esistono per noi. In che modo pensiamo che la configurazione esiste? Potremmo arrivare a dire che anche la configurazione non esiste. Come il trauma. Perché la configurazione non è una cosa, che vado a cercare nel mondo. Non è un referente teorico esterno che mi aiuta a spiegare il paziente.

Psi2: Quindi è questa la differenza tra teoria e meta-teoria?

Psi1: Esatto! È importante precisare che il carattere 'meta-teorico' non è spiegato unicamente dal fatto che i criteri si pongano a un livello 'generale' di ragionamento: potremmo pensare che la meta-teoria è qualcosa che a partire dai suoi criteri generali ci fa andare oltre i criteri stessi, perché essi assumono corpo solo in comunione con i contenuti portati dall'Io-Soggetto stesso. E questo è, in una parola, il carattere insaturo dei meta-criteri.

Psi2: Ma perché insisti su questa cosa? A me interessa la clinica.

Psi1: Perché se non chiariamo a cosa ci serve un meta-criterio rischiamo di cadere in due trappole diverse, proprio nell'incontro clinico.

Ti chiedo di avere pazienza e di venire, solo per un attimo, con me sulle nuvole: da lì ti posso illustrare due tipi di ragionamenti pericolosi che fraintendono il carattere meta del meta criterio.

Psi2: Va bene, sentiamo, dai.

Psi1: Nel primo caso, il ragionamento procede dal particolare al generale e i contenuti vengono letti e interpretati con lo scopo di 'riempire' meta-criteri vuoti.

È come se utilizzassimo i criteri come delle scatolette da riempire e per riempirli dobbiamo fare delle domande ai nostri pazienti, per ottenere delle informazioni circa la loro configurazione o le loro parti... so che il paziente ha una configurazione, qual è?

Psi2: Esatto! Qual è la sua configurazione!? È una domanda che ogni tanto



in supervisione ci facciamo, però secondo questo ragionamento, forse il rischio è di stare troppo sulla riempitura delle scatolette, perdendo di vista il paziente.

Psi1: Esatto. È come se il meta-criterio 'configurazione', diventasse un criterio semplicemente teorico, una griglia da compilare. Questa impostazione di ragionamento si chiama metodo induttivo.

Psi2: E quale sarebbe il secondo ragionamento?

Psi1: Nel secondo caso, invece, il ragionamento procede dal generale al particolare e i criteri vengono utilizzati come se fossero delle 'cose' che prendono epistemicamente il posto dei contenuti.

Psi2: Epistemicamente?

Psi1: Sì, nel senso che devo conoscere il criterio non il paziente!

Psi2: Ok, per esempio a me viene da chiederti 'quando nasce la Configurazione?'

Psi1: È proprio qui che nasce l'equivoco, perché supponiamo che la configurazione sia una 'cosa' fisica, che cammina nel mondo e si può misurare. Aldilà del paziente particolare. La configurazione però non è una cosa e, soprattutto, non è il soggetto (che a sua volta non è una cosa).

Psi2: Mi sembra di capire che il rischio principale in questa impostazione di metodo è di concentrarsi esclusivamente sull'aspetto teorico di configurazione, ignorando la specificità della realtà individuale.

Psi1: Il rischio è proprio quello di perdere la ricchezza e la complessità dell'esperienza del singolo focalizzandosi esclusivamente su un approccio teorico. Infatti, questo metodo si chiama deduttivo.

Psi2: E quindi, se non vogliamo essere né induttivi e né deduttivi, come ne usciamo?

Psi1: Intanto, possiamo concentrarci sul valore meta-teorico dei criteri che sta proprio nell'aggettivo insaturo.

Psi2: Questo aggettivo 'insaturo' mi è sempre sembrato un po' strano: quasi 'poco clinico' come termine.

Psi1: Ci chiariamo se accettiamo una volta e per tutte il fatto che i meta-criteri assumono dichiaratamente lo statuto ontologico di concetti. Sono strumenti concettuali che guidano il nostro ragionamento clinico! Tuttavia, essi sono insaturi, incompleti, e prendono forma solo in relazione ai contenuti portati dal paziente. In altre parole, i meta-criteri non esistono come entità indipendenti, perché non sono cose tangibili.

Psi2: Effettivamente anche la configurazione non esiste come oggetto fisico perché non è una cosa tangibile!

Psi1: Esatto! I meta-criteri non vanno riempiti dal paziente (induttivo) o sostituiti al paziente (deduttivo), ma costituiscono una continua sfida per il clinico, se lui è aperto e disponibile a farsi sfidare, ed in particolare ne interrogano il metodo.

Psi2: Metodo? Come faccio a garantire questa cosa concretamente?

Psi1: Ma sì! È tutta una questione di metodo! Il metodo riflette su sé stesso:



metodo significa prendere sul serio la questione della complessità, interrogarsi cioè su come si guarda il paziente. Mi è davvero necessario chiedergli conferma della verità rivelata dalla mia teoria? Il metodo è il vero antidoto all'autoreferenzialità teorica, perché ci consente di mantenere una prospettiva aperta e flessibile.

Psi2: Ma noi non rischiamo di essere autoreferenziali, perché non abbiamo in mano una teoria che ci dice come il paziente deve essere, ma una meta-teoria in cui i contenuti li porta solo l'Io-Soggetto particolare.

Psi1: Esatto! Ma la meta-teoria non funziona da sola, non funziona soltanto dichiarandosi meta. Funziona quando noi terapeuti siamo disposti a rispondere per primi all'interrogazione, chiedendoci che cosa ce ne facciamo noi dei nostri occhiali sul naso. La meta-teoria si affranca dall'autoreferenzialità teorica se tiene viva la continua tensione insita nel suo carattere insaturo: questa tensione può essere garantita dal metodo.

Psi2: Forse in questo senso, la vera domanda è: perché mi interessa sapere quando nasce la configurazione? Alla fine questo meta-criterio nasce per evidenziare che il soggetto è unico e ha un inizio e una fine. Il nostro è un lavoro clinico.

Psi1: E clinica significa incontrare una persona che sta male e ci chiede aiuto. Questo meta-criterio è costruito per un contesto clinico di incontro: non è pertinente pensare di studiare la configurazione in laboratorio o di cercarla nei cervelli delle persone con la risonanza magnetica!

Psi2: Okay, sono disposta a tenere viva questa tensione. Però pensavo... tutti ci restano male se non si può cambiare la configurazione perché è come se tu mi stessi dicendo che sono condannato a essere chi sono.

Psi1: Ma se ci pensi, è davvero un falso problema, perché non c'è un modo di conoscere il 'come sono' in senso oggettivo. La configurazione non può essere l'oggettivazione dell'essere del paziente, perché poi di fatto il paziente è sempre in divenire ed è sempre in un processo che è suo. Quindi a che dovrebbe servirmi una fotografia statica di come è il paziente? È importante ricordare che il soggetto che ho davanti si muove su coscienza e non su configurazione: la coscienza è un meta-criterio importante perché, clinicamente, mi inchioda al paziente che ho di fronte, al presente, e non al passato.

Psi2: Effettivamente configurazione è un concetto che richiama molto il passato.

Psi1: Esatto! Ed è lì il rischio! Possiamo citare, seguendo Michele (Minolli, 2015) in un articolo di risposta a Stephen Cooper, almeno due ragioni per cui pensare al passato, e quindi alla configurazione, come spiegazione della sofferenza del paziente ci porta fuori strada nell'incontro clinico.

Psi2: Sentiamo.

Psi1: Innanzitutto, SE considero la configurazione come una cosa, allora il momento in cui il paziente è stato configurato è una cosa che esiste tut-

tora. In questa logica, configurazione diventa il motivo per cui il paziente soffre, il senso spiegativo della sua sofferenza.

Tuttavia, pensare alla configurazione come causa in sé della sofferenza, ne parcellizza il senso, parcellizzando, in un tempo, l'Io-Soggetto. E ci porta a perdere di vista l'Io-Soggetto che abbiamo di fronte.

Psi2: Pensandoci, quando il paziente arriva, spesso porta una fatica legata al suo modo di essere e alla realtà che non lo conferma: una fatica insuperabile, a partire da come lui è. E, nel 99% dei casi, il suo modo di essere è legato già nella sua narrazione a quanto insufficientemente buona è stata la sua mamma ad esempio...

Psi1: Okay. Seguimi per un attimo. Cito Michele Minolli (2009):

‘La teoria del passato porta l’analista a non mettere al centro del suo interesse il paziente. Pensare al passato non aiuta a pensare il paziente come soggetto della sua storia. Viene cioè a crearsi uno scarto tra l’intenzione dell’analista di interessarsi a lui e il trascurarlo mettendo invece al centro la teoria che porta al suo passato’. Ora prova a sostituire la parola passato con la parola configurazione, pensando di considerare il meta-criterio configurazione come semplice criterio teorico.

Psi2: Okay provo: ‘La teoria della configurazione porta l’analista a non mettere al centro del suo interesse il paziente. Pensare alla configurazione non aiuta a pensare il paziente come soggetto della sua storia. Viene cioè a crearsi uno scarto tra l’intenzione dell’analista di interessarsi a lui e il trascurarlo mettendo invece al centro la teoria che porta alla sua configurazione’.

Psi1: Eh.

Psi2: Oh.

Psi1: E quindi?

Psi2: E quindi, questo era il problema del metodo deduttivo, quello che mi dicevi che ha il rischio di perdere di vista la complessità e quindi il paziente.

Psi1: E pensa che c’è pure un secondo problema!

Psi2: E figurati!

Psi1: ‘Pensare al potere del passato disautorizza il paziente’.

Psi2: Disautorizza?

Psi1: Sì! Disautorizza, cioè priva di autorità! ‘Anche se ci è difficile ammetterlo, quando noi facciamo del passato concreto del paziente la spiegazione della sua patologia, ipotizziamo che esiste un passato ideale. Se l’ambiente fosse stato in un certo modo, se i genitori si fossero comportati in un certo modo, se i fratelli o le sorelle fossero state in un certo modo, non avremmo la patologia. Un ideale è il criterio che noi stabiliamo di come dovrebbe essere la realtà. Un ideale è un modello che noi creiamo di come dovrebbero andare le cose.’ (*Ibidem*)

Considerare la configurazione come una cosa da conoscere del paziente, se questo è il modo in cui la utilizziamo in termini clinici, non favorisce un

ritorno su di sé, ma un ritorno al passato. Un passato generale certo, ma non per questo meta-teorico: un passato generale, che funge da ideale regolativo su come conoscere il paziente.

La configurazione non ci è data quindi, non sappiamo chi il paziente è, e la configurazione ci ricorda che non possiamo conoscerlo ma che, non per questo, non sia lì, proprio davanti a noi.

Psi2: Effettivamente, pensandoci, è molto logico ammettere che l'Io-Soggetto non coincide e non accede alla sua configurazione. Noi Sappiamo che l'Io-Soggetto è uno, composto da parti e in interazione tra loro. Non può essere sostantivato in stati mentali...

Psi1: E, certamente, non può essere sostantivato nella sua configurazione! Se il paziente non accede alla sua configurazione, non è interpretando la sua configurazione, o spiegandogli come è configurato, che lo sostengo a prendersi sul serio e a camminare sulle sue gambe. È un momento meta-teorico che mi dice che c'è stato un tempo in cui il paziente non esisteva e un momento a partire dal quale è esistito, con delle variabili eco-organizzanti che lo hanno configurato.

Psi2: Ok, capito. Allora ti faccio un'ultimissima domanda.

Psi1: Spara!

Psi2: Se la configurazione non può essere conosciuta come una cosa, non può essere misurata e per giunta non cambia. Puoi cortesemente spiegarmi quale è il senso del nostro lavoro? Considerando che i pazienti cercano il cambiamento, come possiamo giustificare la pratica terapeutica se la natura della configurazione rimane invariata e non può essere compresa come un oggetto tangibile?

Psi1: Lo sappiamo tutti: la psicoterapia è da sempre considerata lo strumento personalizzato per il cambiamento, ma questa visione presume che l'analista abbia un impatto diretto sul percorso di cambiamento del paziente. Questa visione implica infatti un'asimmetria strutturale tra paziente e terapeuta, con il paziente che delega al terapeuta la ricerca delle cause della sua sofferenza.

Ps2: E su questo siamo d'accordo.

Psi1: Ma è sicuro che il cambiamento sia implicito nella richiesta del paziente? E dobbiamo davvero fare in modo che il paziente raggiunga un cambiamento?

Psi2: Ummm...

Psi1: Guardandolo da un'altra prospettiva, nessuna teoria può offrire un modello ideale di paziente guarito. Il paziente porta con sé una coerenza che deriva dall'interazione tra il suo mondo interno e quello esterno, e si auto-eco-organizza anche nella relazione con l'analista. Seguendo questa logica, l'interazione tra paziente e analista non deve necessariamente puntare alla guarigione e al cambiamento. Nessuna interazione è intrinsecamente istruttiva: e il cambiamento non può essere deciso a priori.

Psi2: E quindi quale sarebbe il ruolo dell'analisi?

Psi1: Forse l'obiettivo non è tanto cambiare quanto prendere sul serio il paziente per ciò che è.

Psi2: E se il paziente non è la configurazione...?

Psi1: Non significa prendere sul serio la configurazione, ma l'Io-Soggetto in carne e ossa!

Psi2: Evidentemente, se per concordare su questo punto abbiamo avuto bisogno di farci venire l'emicrania, prendere sul serio il paziente e sé stessi non è affatto facile.

Psi1: Già, prendere sul serio il paziente implica rispettare il suo processo in divenire e avere fiducia nelle sue capacità di prendere in mano la propria vita partendo da sé stesso.

Psi2: Ora capisco.

Psi1: Poi ricordati, come dice Ceruti (Bocchi e Ceruti, 2007), 'il decorso del vivente non è mai dato a priori'.

Psi2: Sì vabbè. E quindi - giusto per chiarire - il trauma non esiste in quanto cosa.

Psi1: Eh già, qui di cose in quanto cose che non esistono ce ne sono davvero tante.

#### BIBLIOGRAFIA

Bocchi, G., Ceruti M. (Eds.). (2007). La sfida della complessità. Pearson Italia Spa.

Minolli, M. (2009). Il privato e la reverie. Commento alla relazione di S. Cooper. *Ricerca Psicoanalitica*, 20(2).

Minolli, M. (2015). Essere e divenire. La sofferenza dell'individualismo: La sofferenza dell'individualismo. Milano: FrancoAngeli.

---

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 17 marzo 2024.

Accettato: 20 aprile 2024.

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:898

doi:10.4081/rp.2024.898

*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.*