

*La storia di L.: riflessioni sul concetto junghiano
di sincronicità*
Cristina Brunialti*

*Ricevuto il 18 settembre 2023
Accolto il 21 ottobre 2023*

La sincronicità dà origine, con la sua intrinseca qualità di significato, a un'immagine del mondo così difficilmente rappresentabile, da riuscire quasi sconvolgente.
C.G. Jung, La sincronicità.

Il paziente che non è in grado di sognare non potrà né addormentarsi né svegliarsi: da qui quel singolare stato che si riscontra in clinica quando vediamo uno psicotico che si comporta come se si trovasse proprio così.
A. Bion, Apprendere dall'esperienza.

Riassunto

Nel presente lavoro si potrà rintracciare un filo conduttore che da circa otto anni contraddistingue il lavoro con questo paziente, evidenziando alcuni cambiamenti nel paziente, nell'analista e nella relazione analitica. In questo senso, lo schema A di questo scritto si pone come un'ipotesi di funzionamento della relazione analista-paziente in un preciso momento del processo analitico che, grazie al *contatto psichico non confusivo*, sembrerebbe aver consentito la fuoriuscita del paziente da un importante stato regressivo. L'ipotesi si basa su evidenze cliniche relative allo sviluppo del concetto junghiano di sincronicità.

Parole chiave: *inconscio, sincronicità, immagini, psicosi, controtransfert, relazione analitica.*

* Psicologa, psicoterapeuta, specialista in psicologia analitica, membro ordinario con funzioni didattiche dell'AIPA, membro della IAAP. È stata dal 2013 al 2023 socio ordinario del Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare. Ha condotto un gruppo di psicoanalisi multifamiliare per la durata di dieci anni. Dal 2017 al 2021 è stata professore a contratto presso un ateneo romano per l'alta formazione degli insegnanti di sostegno.

Via Gaspare Gozzi 55, 00145 Roma. E-mail: cribrunialti@gmail.com

Studi Junghiani (ISSN 1828-5147, ISSN e 1971-8411), vol. 29, n. 2, 2023
DOI: 10.3280/jun58-2023oa16608

Abstract. *The story of L.: reflections on the Jungian concept of synchronicity*

In the present work it will be possible to trace a common thread that has characterized the work with this patient for about eight years, highlighting some changes in the patient, in the analyst and in the analytic relationship. In this sense, scheme A of this article presents itself as a hypothesis of the functioning of the analyst-patient relationship in a precise moment of the analytic process, which, thanks to the *non-confusional psychic contact*, would seem to have allowed the patient to escape from an important state regressive. The hypothesis is based on clinical evidence relating to the development of the Jungian concept of synchronicity.

Key words: *unconscious, synchronicity, images, psychosis, countertransference, analytical relation.*

Premessa

Nel presente lavoro analitico mi sono avvalsa di un modello di setting bi-modale, nel quale il paziente ha avuto accesso sia ad un percorso individuale che ad uno gruppale. Il fattore tempo delle sedute individuali è stato rivisitato consentendo una fruizione più fluida del percorso e garantendone la continuità. Inoltre, mi sono concentrata su un'ipotesi relativa al concetto di sincronicità di Jung sulla quale ragionavo da tempo. Tale concetto, inteso da Jung come un fenomeno nel quale psiche e materia si toccano grazie ad un abbassamento del livello di coscienza e che si può manifestare attraverso una connessione di nessi acausali al di fuori delle categorie del tempo e dello spazio (Jung, 1952), in questo scritto viene in parte obiettato e ampliato da un'attenta analisi del transfert e del controtransfert. Per non disperdere troppo il mio pensiero resterò aderente a quanto si è attivato nel qui e ora della relazione analitica e non prenderò in esame i rimandi al concetto di archetipo e di psicoide, che lo stesso Jung ricollega al fenomeno della sincronicità.

Nel caso di patologie severe, spesso, l'analista si trova a dover contenere su un piano concreto i movimenti del paziente, uscendo dal suo assetto di neutralità e lasciando sullo sfondo il livello simbolico. Ho cercato di evidenziare il graduale passaggio dal concreto al simbolico, i momenti critici, le regressioni e le trasformazioni che hanno caratterizzato questa relazione analitica. Lo scritto, inoltre, mi ha permesso di approfondire alcune corrispondenze tra Jung e Bion.

I primi colloqui

Ricordo il momento del primo contatto con questo paziente, era un mattino di maggio di diversi anni fa, ricevetti una telefonata da una timida voce di ragazzo. Al primo appuntamento L. si presentò con una felpa scura e un paio di jeans; la sua aria spaesata mi trasmetteva una sensazione di malessere. Copriva il capo con il cappuccio, come per potersi ritirare in un involucri (Anzieu, 1987). Questa sua modalità ha rappresentato per me una precisa indicazione sul suo stato interno. Man mano che mi permetteva di entrare nei suoi vissuti, il cappuccio tendeva a scivolare sulle spalle e questo mi incoraggiava sul fatto che non stesse peggiorando. Si intravedeva un viso scarno e regolare, una testa pelata, due occhioni neri e labbra carnose. Aveva circa 25 anni, era esile con movenze lente e leggere, tanto che sembrava potesse crollare sotto un soffio di vento. Presentandosi ai primi colloqui non avvertivo emozioni nelle sue parole, si descriveva in modo meccanico: *“Vengo da (...) e sono uno studente fuori sede, ho una sorella più piccola di due anni, studio lingue e sto male con i miei colleghi, con i coinquilini con i quali condivido un appartamento”*. Così riempiva il campo nei nostri primi dialoghi e la mia attenzione spariva in un nulla come se fosse entrata in un buco nero. Contemporaneamente, sentivo le parole del paziente come se fossero appese disordinatamente nella stanza, quasi in una sorta di installazione artistica¹. Raccontava di passare molte ore del giorno e della notte a giocare al computer, tanto che non riusciva a fare nient'altro. A volte avvertivo la sensazione che nelle sue narrazioni mi trascinasse in un suo mondo virtuale; era molto difficile restare presente nel qui ed ora della seduta. Nel controtransfert ritornava l'immagine di entrare in un vortice senza poterne più uscire, così iniziava a prendere forma un quadro multiforme del paziente. Mi interrogavo sulle mie effettive possibilità di tenuta prima di prendere in carico L., perché riflettevo sul fatto che nel prendermene cura probabilmente avrei dovuto sostenere un importante sforzo psichico, rinunciando in parte alla neutralità dell'ascolto analitico. Immaginavo che mi sarei potuta trovare davanti ad un lavoro faticoso di costruzione di un raccordo tra il concreto e il simbolico. Provai timore per il rischio di entrare in un luogo dal quale, forse, immaginavo controtransferalmente che non ne sarei più uscita. Sarei stata annientata e inghiottita (sensazione controtransferale che ritornerà in seguito) per sempre in questa dimensione che il paziente mi faceva vivere attraverso identificazioni proiettive massicce? Stavo scegliendo di entrare in una relazione nella quale il paziente ci sarebbe stato a metà o, nella peggiore delle ipotesi, sarebbe restato per me irraggiungibile?

1. Le installazioni consistono in oggetti eterogenei riuniti in un nuovo contesto. Questi oggetti non sono inestricabilmente collegati [...] Il concetto di installazione è stato utilizzato nelle arti visive fin dagli anni Sessanta. Il lavoro viene messo in una situazione e utilizza l'*out-of-field*, in una dimensione non immediatamente visibile dalla persona che sta guardando: il semplice fatto di includerlo come “spettatore” richiama le nozioni di partecipazione, immersione e teatralità.

Lascio queste considerazioni per tornare alla storia familiare del paziente. Era il primogenito in una famiglia di quattro persone con una sorella minore di circa due anni, originari di un piccolo centro. Dai colloqui esplorativi si delineava una relazione molto conflittuale con il padre, che descriveva come un uomo rigido, autoritario e poco comunicativo. Della madre, impiegata statale, L. parlava come di una donna gentile, ma anche sofferente e in preda a stati depressivi importanti. Con la sorella, a suo dire, sembrava avere un rapporto ambivalente, caratterizzato da complicità ma anche da giudizio. Un dato significativo, a mio avviso, era che il nucleo familiare si presentava chiuso in sé stesso come in una fortezza impenetrabile. Ritrovavo la mia sensazione iniziale di essere davanti al rischio di non riuscire a raggiungere il vissuto emotivo di questo paziente. Il mondo esterno veniva tenuto a distanza e quindi anche parenti stretti, come nonni e zii, non entravano in una relazione autentica con questa famiglia.

La rivisitazione del setting

A conclusione delle sedute esplorative proposi un contratto analitico che tenesse conto della reale possibilità di tenuta emotiva del candidato paziente. Spesso gli individui a funzionamento psicotico o *borderline* non riescono a sostenere l'impatto emotivo e affettivo con sedute per loro troppo impegnative, ma necessitano di brevi incontri ravvicinati. Io stessa sentivo di poter avere una maggiore capacità di restare con il paziente in questo setting personalizzato, perché mi sentivo meno invasa dalla sua forte angoscia depressiva. Apro una parentesi rispetto al setting, decidendo di offrirgli due sedute a settimana con una variante importante nel fattore tempo: anziché rispettare i canonici 45 minuti, concordai sedute di 30 minuti. Sentivo che per questo paziente la percezione del tempo e dello spazio veniva vissuta in un modo amplificato: 5 minuti diventavano 15 e lo stare seduti su una poltrona poteva diventare come stare nel vuoto. Tale rivisitazione del setting nasce dalla mia esperienza di lavoro con i pazienti gravi ed in particolare dal lavoro nei gruppi del Progetto Immagine di De Franco (2000). I piccoli gruppi sperimentavano la relazione terapeutica in cicli di pochi incontri (3-5 in tutto), nei quali i pazienti vivevano micro-esperienze di relazione e di separazione. In base a questo principio, e poiché mi era stato utile in altre occasioni terapeutiche, ipotizzai che anche per L. e per me potesse essere funzionale. Successivamente, data la continua interferenza dei genitori nella vita del figlio e in considerazione dei vissuti depressivi e autodistruttivi di quest'ultimo, concordai una rivisitazione ulteriore; concordai con i colleghi, con i quali collaboro da anni nell'ambito della cura delle famiglie a funzionamento psicotico, la presa in carico della famiglia nell'ambito del Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (Badaracco, 2004). La coppia genito-

riale venne inviata ad altro terapeuta. Il nuovo progetto terapeutico rientra nelle attività di una Cooperativa Sociale che si occupa di famiglie a funzionamento psicotico, con la quale mantengo una collaborazione decennale. Nel corso di questi anni ho creato con alcuni colleghi uno spazio di ascolto psicologico permanente e aperto, con consultazioni individuali, ma soprattutto centrato sulla gruppaltà. Il Municipio VIII di Roma ha stipulato con la Cooperativa una convenzione con l'utilizzo degli spazi presso un centro anziani della zona.

I primi anni di lavoro

Chiusa la parentesi sul tipo di setting, ritorno ai primi anni di lavoro che furono caratterizzati da un ascolto lento, regolare, costante. Nelle sedute vivevo un senso di noia e di pesantezza e così mi capitò di trovarmi con il pensiero completamente scisso dal qui e ora della seduta: pensavo a quando avrei innaffiato le piante del mio giardino, mentre L. mi inondava di parole. Allontanarsi dalla relazione, in questo modo, può mostrare la difficoltà che la stessa relazione può comportare, al contempo può offrire la possibilità di comprendere il vissuto del paziente (Lo Cascio, 2006). Mi ricordo dell'immagine controtransferale dell'installazione artistica, con tanti pezzi appesi e slegati tra loro, mi domandavo se e come restituire a L. tutto questo. Sentivo che ancora non era arrivato il momento per rimandare questo vissuto a L. e lo lasciai in sospeso nella mia mente.

L. nei primi mesi di terapia si feriva le mani accidentalmente, si sottoponeva a riduzioni drastiche del cibo e del sonno, si depilava completamente. Un giorno arrivò in seduta con la bocca coperta da una sciarpa; a seguito di una brutta caduta in bagno aveva sbattuto, spaccandosi i due incisivi. Non fu però possibile accedere a nessun pensiero; L. era molto agitato, quasi in uno stato di panico. Fu così che accettò una consultazione psichiatrica, cosa che nei primi tempi aveva rifiutato. Dopo alcuni mesi L. non presentò più questi sintomi, il suo stato generale si orientò verso un lieve miglioramento in termini di diminuzione dello stato di prostrazione, restava sempre un forte sconforto; inoltre, tendeva a rinchiudersi nel mondo virtuale ad ogni piccola frustrazione. Cercando di comprendere il suo utilizzo a sfondo autistico del digitale, ho vissuto controtransferalmente parte delle sue angosce psicotiche attraverso le sue massicce identificazioni proiettive. Ho cercato così di far prendere a L. familiarità con il mondo reale, gradualmente, ponendomi in ascolto, cercando di non scivolare completamente con lui nella dimensione a funzionamento psicotico. In quello stesso periodo portò un'immagine, che ripropongo così come egli la descrisse: *“Mi trovo in un prato bellissimo, sono solo. C'è solo il pavimento della mia casa, sono in piedi sul pavimento. Questa casa non ha pareti, non ha tetto, non c'è nient'altro”*. Nel lavoro su queste immagini il pavimento era come un piano

senza il resto della casa e lui era come su una zattera in mezzo al mare, si sentiva solo, ma poggiava i piedi sul pavimento. Il quadro che prendeva forma nel campo relazionale si faceva più chiaro; lo stato di isolamento e solitudine del paziente, con una perdita di riferimenti strutturali (le mura e il tetto della casa), mi facevano pensare ad un processo di derealizzazione in atto. Nello stesso tempo, mi sentivo rassicurata dal fatto che i piedi poggiassero sul pavimento, come ad indicare una sorta di possibile sostegno sul quale rimanere; pensai alla nostra relazione terapeutica come ad una sorta di zattera di salvataggio. Da questa immagine iniziò un lavoro associativo di ri-costruzione dolorosa della realtà di questo paziente. Spesso tendeva a tornare all'indifferenziato gruppo virtuale, ma accanto a tali regressioni si poneva la sua immagine del pavimento-zattera come espressione di contatto con un piano definito sul quale poggiare e dal quale poter partire. Mi sono soffermata molto sulle immagini spontanee di questo paziente, perché in tutti questi anni non ha mai portato sogni se non vaghi riferimenti a immagini oniriche che definiva incubi, senza però riuscire a parlarne.

A dire del suo psichiatra L. iniziò una terapia farmacologica, in quanto manifestava disordini nel ritmo sonno-veglia, con stati ansiosi, depressivi e tratti ossessivi, con atteggiamenti passivo-oppositivi, con ideazione che, spinta dall'ansia, dall'angoscia e da rimuginazioni insistenti, acquisiva caratteristiche atipiche, talora paranoide con evidente distacco dalla realtà. Il paziente, dopo aumento della terapia neurolettica, era diventato più consapevole e critico rispetto al suo pensiero e mostrava, tranne in momenti in cui faceva uso di alcol, una diminuzione dell'angoscia e maggiore capacità di controllarla. La terapia prescritta prevedeva Paroxetina 40 mg/die e Olanzapina 10 mg/die.

In riferimento alla tendenza a mostrarsi oppositivo, come verrà dettagliatamente ripreso in seguito, riporto le parole di Weber (2022): “Nello sviluppo evolutivo la negazione assume la qualità di risorsa nel processo d'individuazione [...] Si rilevano, infatti, nel diniego e nel rigetto la necessità di conservare un minimo livello di unità intrapsichica [...]”. Riprendendo la storia di L., nei primi mesi di terapia tendeva ad isolarsi e a non riuscire più a frequentare l'Università. Entrava in discorsi per me incomprensibili, che spesso duravano l'intera seduta, raccontava di episodi nei quali si era sentito escluso dai gruppi di amici e colleghi universitari. Si adirava verbalmente scaricando tutta la sua aggressività sul mondo esterno; in un quadro delirante nel quale l'altro, purtroppo, non esisteva se non come negativo-cattivo. Per L. erano gli altri che non lo ascoltavano, non lo capivano e lo escludevano, perché lui era troppo sensibile, troppo intelligente, troppo serio, e così via. Cito le parole di Baldassarro (2018): “[...] il masochismo e il narcisismo uniti formano una sorta di bomba esplosiva contro la vita, contro Eros e contro la funzione oggettualizzante”.

Sentivo di non riuscire a cogliere il senso delle sue parole, come se non ci fosse né un inizio né una fine nei suoi discorsi, e ripenso nuovamente alla prima seduta e all'immagine dell'installazione artistica. La sua ombra, scissa e proiettata sugli altri, non gli permetteva di poter vivere una relazione con la realtà, se non in termini deliranti. D'altra parte, questo meccanismo difensivo, che probabilmente metteva in atto da tempo, lo aveva portato in terapia, perché per lui rappresentava un di-

sturbo che a suo stesso dire avrebbe voluto eliminare. In questo periodo il paziente mi utilizzava come se fossi stata un soprammobile, un oggetto narcisistico non separato da lui. Nel controtransfert mi faceva vivere questo stato di profonda regressione in uno stato indifferenziato, nel quale siamo rimasti immersi per tanti mesi. Questa condizione della relazione analitica viene rappresentata nello schema A² (p. 53), in particolare mi riferisco allo stato 1 che ho definito di con-fusione. Riprenderò in seguito questo discorso. Tornando al paziente, penso di essere riuscita a tollerare lo stato di forte regressione grazie al setting stabile ma personalizzato; parallelamente, nel controtransfert cercavo di elaborare i miei vissuti attivati dal paziente, per evitare di immetterli nel campo (Lo Cascio, 2021).

Il rientro a casa di L. e le sedute online

Per ritrovare il filo del discorso riassumerò brevemente il periodo da dicembre 2019 a novembre 2022. Per L. fu molto difficile riuscire ad accettare di abbandonare il percorso universitario per rientrare a casa. Ciò nonostante, fu per lui di grande sollievo il poter tornare in famiglia, in un luogo che, per quanto problematico, era pur sempre rassicurante. Tale trasferimento avvenne poche settimane prima dell'inizio della pandemia per Covid-19. Nei giorni precedenti a questo momento, L. manifestò degli episodi molto ostici di grande prostrazione. Tutti noi dell'equipe eravamo molto preoccupati per lui, perché si era chiuso in camera da giorni non rispondendo alle chiamate. Non avendo più sue notizie decidemmo di agire: una collega, che partecipava al gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare in qualità di tecnico della riabilitazione psichiatrica, chiamò il 118 e seguì gli eventi insieme agli operatori. Fu trovato in camera disteso sul letto in una forma quasi catatonica, ma non sembrava aver messo in atto delle azioni autolesionistiche. Di questo episodio L. mise in atto una completa rimozione. Di lì a qualche giorno partì. Il tutto fu concordato dall'equipe dei curanti in condivisione con L. e la sua famiglia. Ci fu una nuova presa in carico presso il CSM della sua zona di residenza per la terapia farmacologica.

Da gennaio 2020, per tutto il periodo della pandemia fino ad oggi, il percorso terapeutico di L. ha mantenuto una continuità costante nel tempo, grazie alle sedute online. Da quando L. è rientrato a casa, dopo una prima fase di elaborazione di questo cambiamento, ha iniziato a stare meglio. Durante le sedute online appariva molto più a proprio agio rispetto a quando veniva a studio. Si sentiva protetto dal video e dalle cuffie enormi sulle orecchie. Si lasciava andare a battute e a momenti di grande disperazione. Ripeté in seduta una seconda immagine spontanea: *“Prima la mia famiglia era tutta su un treno in corsa che andava a schiantarsi contro una montagna. Ora io sono su una collina ad osservare mio padre, mia madre e mia sorella su quel treno in corsa e non posso fare niente per evitare che il treno si vada a schiantare contro la montagna”*. Descriveva questa seconda immagine

2. Ho cercato di raffigurare ciò che è accaduto nella dinamica del transfert e controtransfert e nel campo relazione dal momento iniziale ad oggi.

piangendo disperatamente. Considerando questa sequenza di immagini spontanee del paziente (la prima era quella iniziale del prato e del pavimento-zattera) sembrerebbe esserci una sorta di evoluzione; nel controtransfert sentivo che L. ed io eravamo in un momento importante, ma anche molto delicato. Mi domandavo se avesse retto questo forte impatto con una presa di consapevolezza che poteva farlo virare non necessariamente verso un processo di differenziazione. Lavorammo ininterrottamente sedute su queste immagini fino a quando non fu più possibile avvicinarsi a tali contenuti. Rimasero, per così dire, sospese nel campo, ma non in forma frammentata come in una installazione artistica, piuttosto in una sorta di bozza nella mia mente.

Alcune sedute significative per la relazione transfert-controtransfert

Passo alla descrizione di alcune sedute più recenti. Nella seduta del 19 novembre 2022 mi chiese una seduta aggiuntiva. Fui completamente invasa dal suo pianto. Questo suo sconforto, nel controtransfert, era talmente intenso e invasivo tanto che non riuscivo a trovare un modo per contenerlo: era, per così dire, troppo violento. Mi tornarono alla mente le immagini del paziente, in particolare quelle dello schianto del treno dentro la montagna. Presumibilmente attraverso una identificazione proiettiva mi aveva trasmesso il suo stato di angoscia e di confusione psicotica. Sentivo di rischiare di perdere la mia funzione analitica, come se il funzionamento psichico del paziente ne avesse preso il controllo. Mi riferisco al concetto bioniano di attacco al legame, così come proposto dallo stesso Bion (1967): «[...] è lecito supporre che l'impiego dell'identificazione proiettiva debba essere rivolta con particolare intensità contro il processo del pensiero, di qualsiasi natura esso sia [...]» (p. 83). Più precisamente: «La predisposizione del paziente a condurre attacchi al legame viene a manifestarsi con evidenza in analisi in quanto l'analista stabilisce un legame tra due persone [...]» (Bion, 1967, p. 145).

Ritornando al mio vissuto controtransferale posso affermare che si era trattato di un vissuto preciso, diverso da quello che provo spessissimo lavorando con i pazienti con patologie severe. Solitamente, cerco di non introdurre nella relazione dei miei contenuti per non sostituirmi ai pazienti, perché sappiamo quanto questi ultimi spingano l'analista ad agire concretamente. Per cercare di mettere in salvo e recuperare la mia funzione analitica, ho rimandato al paziente il mio vissuto di impotenza, come un dato della realtà relazionale. Precisamente, ciò che il paziente mi faceva vivere era un pericoloso annullamento di tutta me stessa, inglobandomi in un indifferenziato fusionale. In quei momenti ho immaginato anche di essere demolita nel corpo e non solo nella capacità di provare emozioni e di pensare; provavo una sorta di rischio di annientamento. Come ricorda Manica (2018): «Oggi, qualsiasi psicoanalista che voglia occuparsi di patologie gravi [...] sa che la distanza appartiene all'esigenza difensiva (narcisistica) dell'analista [...] e sa che il campo non può non ammalarsi, [...] della malattia di ogni specifico paziente» (p. 43). Ha funzionato in me una parte analitica inaspettata, ma nello stesso tempo chiaramente orientata verso un bisogno di sopravvivenza mia e dello stesso paziente. Co-

sì mi sono ritrovata ad esplicitare al paziente il mio rimanere con lui, pur nell'impotenza più assoluta; mostrando, a lui e a me stessa, che nella disperazione assoluta si può stare in due, senza confondersi, riuscendo a riconoscere e a condividere aspetti molto dolorosi. Nella mia mente fantasticavo su come stesse vivendo L. la separazione dai genitori; ripensavo alla sua immagine, portata in seduta tempo prima, di assistere al loro schiantarsi sulla montagna. Nello schema A di p. 53 descrivo questo passaggio dallo stato 1, che ho definito di con-fusione, allo stato 2 di con-tatto. Per uscire da quella situazione il mio sforzo psichico fu molto intenso, così lasciai L. con una sensazione di grande fatica. Nel mentre prese forma nella mia mente una fantasia: pensai che la seduta avrebbe potuto essere una seduta camminata; sarebbe stato come poter accompagnare L. fuori dalla sua casa e dal suo nucleo familiare. Indugiai con il pensiero qualche attimo e poi abbandonai questa fantasia dedicandomi ad altro. Avrei potuto lavorare su questa mia fantasia nell'autoanalisi del controtransfert per trovare su un piano relazionale degli spunti per contattare nuove parti di L., ma dentro di me sentivo che avrei anticipato i suoi tempi (Lo Cascio, 2021). Conservai tutto questo nel mio campo mentale, ripensando all'asse cura-neutralità. Dovevo prima consolidare il processo di costruzione di una pelle psichica per L. che potesse delimitare un suo interno da un suo esterno (schema A).

Analisi del controtransfert e nuova ipotesi sul concetto di sincronicità

*Il nostro concetto più ristretto di sincronicità
probabilmente è davvero troppo limitato
e richiede quindi d'essere ampliato.
In effetti io sono incline a supporre che
la sincronicità nel senso più stretto non è che è
un caso particolare del generale coordinamento
acausale, e precisamente quello dell'omogeneità
di processi psichici e fisici nel quale
l'osservatore si trova nella situazione favorevole
per conoscere il tertium comparationis.
C.G. Jung, La sincronicità.*

Qualche minuto prima dell'inizio della seduta del 20 novembre 2022 mi prendo un bicchiere d'acqua per berlo lentamente. Torno in stanza e leggo sul display un messaggio di L.: "Prendo un bicchiere d'acqua e ci sono". Resto stupita di questo messaggio sincronico, lo tengo dentro di me, per poi riprenderlo in un secondo momento (Jung, 1952). Durante la seduta L. appare meno angosciato del giorno precedente, si dilunga a raccontarmi di come aveva trascorso le prime ore della sua giornata e poi afferma che aveva pensato di uscire e di andare a fare delle passeggiate da solo per non stare sempre chiuso in camera. A questo punto siamo di nuovo di fronte a un evento di sincronicità. Solitamente, quando accadono questi fenomeni sincronici in seduta, pensiamo che si tratti di un avvicinamento inconscio troppo stretto con il paziente.

Così scrive Furia (2006): «L'attenzione all'area di confine e distinzione primitiva del dentro/fuori rimanda a Jung che l'ha investigata e descritta parlando di Partecipazione Mistica [...] Jung adotta l'espressione a partire dal 1912 per indicare una relazione psichica tra due soggetti, tra cui non sia riconoscibile un rapporto di alterità [...]» (p. 56). In questo caso mi trovavo in una posizione diversa, infatti stavo sperimentando nel campo analitico con L. una dimensione di differenziazione. La vicinanza psichica da confusiva (stato 1) si sarebbe trasformata in una sorta di *corrispondenza dialogica tra paziente e analista* (stato 2). Non si tratterebbe più di una situazione nella quale i contenuti della coppia analitica si confondono, ma si tratterebbe di un nuovo stato di reciprocità. Maffei (1985), a proposito della funzione del padre, in Lacan scrive: «La funzione del nome del padre garantirebbe la funzione di questa barra separatrice ed unificante ad un tempo. Attraverso l'esistenza della barra il soggetto si situerebbe anche nel campo del simbolico ed eviterebbe la sua totale adesione all'altro nel campo dell'immaginario». Prenderebbe forma una nuova possibilità di comunicazione e di cura tra analista e paziente. A titolo esemplificativo, mi viene in mente il caso della chirurgia della mano in seguito a ferite ad un dito (ad esempio, per perdita di una parte del tessuto): i medici uniscono le dita facendo combaciare la pelle di un dito all'altro e questo contatto stretto e prolungato nel tempo produce la crescita di un nuovo tessuto epidermico nel dito danneggiato (innesto cutaneo). Lo stesso processo avviene, ad esempio, nel mondo vegetale nel caso di innesti dove due rami diversi unendosi si trasformano in un terzo ramo vitale. Nel caso delle dita di una mano si tratterebbe della mano di una stessa persona e quindi sarebbe una sorta di autoguarigione. Nel caso dell'innesto di una pianta, solitamente, si tratta di due individui diversi (innesto e portainnesto). Cito un passaggio di Jung (1952): «[...] le nostre conoscenze attuali non ci permettono molto di più che paragonare il rapporto esistente tra mondo psichico e mondo materiale a due coni i cui i vertici si toccano e non si toccano in un punto inesteso un vero e proprio punto "zero"» (p. 232). Cosa intendesse Jung con questa immagine dei due coni che si toccano e non si toccano in un punto inesteso, non saprei dire. Mi colpisce moltissimo il fatto che Jung parli di *contatto* tra i due coni in un punto preciso. Ancora cito Jung (1952): «Se non vogliamo postulare direttamente un'armonia prestabilita tra eventi fisici e psichici, non può trattarsi che di una *interactio*. Questa ipotesi presuppone una psiche che in qualche modo tocca la materia, e viceversa una materia con una "psiche latente" [...]» (p. 250). Lo schema A di p. 53 mostra il passaggio da uno *stato 1* ad uno *stato 2*. Nello *stato 1* paziente e analista si confondono in quello che Jung chiama *comune inconscietà* o *partecipazione mistica*. Durante lo

stato 1 dello schema A i fenomeni di sincronicità possono accadere, ma senza consapevolezza né dell'analista e tantomeno del paziente; infatti, Jung ci dice (1952): «Non appena riusciamo a liberarci dalla pretesa scientifica secondo cui si tratterebbe soltanto di una coincidenza “casuale”, vediamo subito che i fenomeni in questione sono tutt'altro che rari, anzi sono relativamente frequenti» (p. 249). Nello stato 2 paziente e analista si *toccano*, ma non si confondono; sarebbero in *comunione*, in una particolare forma di *incontro intimo* che si potrebbe in parte sintetizzare col termine greco *koinonia*.

Nel nostro caso i fenomeni di sincronicità sarebbero avvenuti come scambio di processi naturali psichici (contenuti emotivi e affettivi circolanti) e fisici (bicchiere d'acqua e passeggiata) tra paziente e analista. Quest'ultimo ha potuto rendersi conto della differenza tra lo stato 1 (confusione) e lo stato 2 (contatto) grazie al suo poter osservare la relazione analitica da una prospettiva esterna, mentre contemporaneamente rimaneva dentro la stessa relazione. In questo modo, risulta evidente che gli episodi di sincronicità, intervenuti durante lo stato 2 di differenziazione, mettono in dubbio il fatto che i fenomeni sincronistici siano da ricollegarsi solo a stati di inconscietà, ponendo in evidenza la possibilità che possano accadere anche in stati nei quali non si presenta un abbassamento del livello di coscienza, ma bensì ipotizzo uno spostamento della coscienza, come cecherò di chiarire nel seguito.

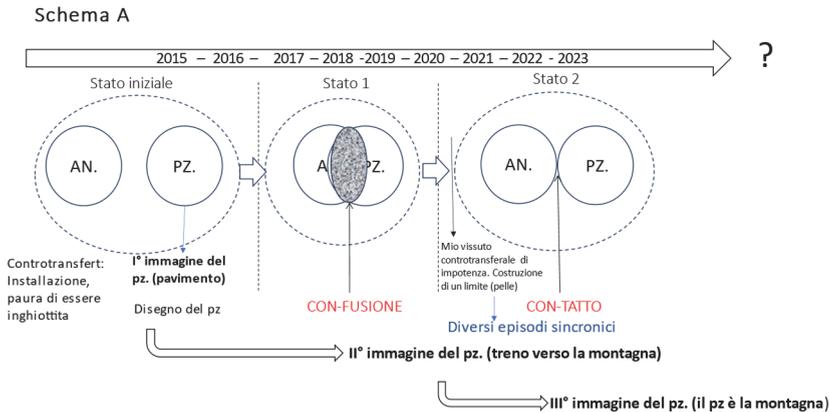
Riflettendo, a distanza di tempo, su questi movimenti nella relazione analitica ho supposto che possa essere avvenuto quanto segue: la coscienza dell'Io dell'analista durante il processo di differenziazione si sarebbe attivamente spostata e lateralizzata rispetto all'inconscio dello stesso analista. Allo stesso tempo, la coscienza dell'analista si sarebbe flessa in modo sintonico ai movimenti in atto nel campo relazionale. Il Sé dell'analista, in questo modo, si sarebbe aperto nella sua massima espansione contro-narcisistica, rendendosi disponibile e mettendosi al servizio del Sé del paziente. In questo modo, presumibilmente, si sarebbe attivato un processo di autoriparazione e di auto-ricostruzione di funzionamenti psichici del paziente che, a causa della psicopatologia, non si erano potuti sviluppare. Il contatto non invasivo, ma intimo con il paziente è avvenuto grazie a questa lateralizzazione, flessione e forza dell'Io dell'analista. Quest'ultima istanza ha, probabilmente, potuto reggere l'impatto con la dimensione psichica abrogante del paziente, mediante il continuo lavoro di analisi del controtransfert. Nello schema A vediamo questo passaggio dalla fase 1, nella quale il Sé dell'analista si confonde con il Sé del paziente, alla fase 2, nella quale la confusione lascerebbe il posto ad una lenta differenziazione. Tale passaggio è potuto presumibilmente accadere grazie alla possibilità-capacità dell'ana-

lista di restare con il paziente, senza mettere in atto difese o scappatoie quali fughe in rimandi teorici o in altre fuoriuscite dalla seduta. Questa possibilità-capacità dell'analista di restare a contatto con i vissuti angoscienti e disgreganti del paziente è potuta avvenire grazie a questa consapevolezza da parte dell'analista della differenza tra sé stesso e l'altro, grazie alla rivisitazione del setting e grazie a un lavoro di formazione basato sull'esperienza di essere stati in analisi, avviando un processo individuativo del quale l'analista ha il compito di prendersi cura e di valorizzare costantemente. Possiamo, inoltre, osservare come il contatto tra paziente e analista sia avvenuto in un momento preciso del percorso (differenziazione) a un livello che non è stato di superficie e nemmeno troppo interno, ma in uno strato intermedio in cui analista e paziente si sono toccati in un punto preciso. Riprendendo spunto dal tema degli innesti nel mondo vegetale, si sa come questi possano avvenire spontaneamente in natura, mentre in agricoltura l'innesto è una tecnica molto sofisticata; ci sono vari tipi di innesti destinati spesso al fallimento a causa di fattori diversificati e imprevedibili (condizioni climatiche, errori nel taglio, periodi sbagliati, ecc.). La caratteristica principale è che le parti delle due piante, per poter attecchire e quindi dare origine ad un terzo individuo, devono aderire ad un livello immediatamente sottocutaneo, non troppo interno e né troppo esterno. Se consideriamo la relazione analitica come il contesto nel quale possono avvenire degli innesti psichici, possiamo tenere conto del fatto che, pur essendo processi naturali, vengono guidati in modo artificioso dall'analista-agricoltore al fine di riprodurre nuovi individui fruttiferi o per ridare vitalità a piante malate. Per l'analista come per l'agricoltore nulla è certo, entrambi si confrontano con l'imprevedibilità, con il rischio e con il senso di incertezza, allo stesso tempo sono entrambi fiduciosi nel loro operato guidato dall'inconscio-natura.

A conclusione di questo ragionamento riprendo il pensiero di Tagliagambe e Malinconico (2018): «[...] La capacità di uscire dalle situazioni di blocco psichico, di stasi e di immobilismo, richiede il passaggio da una situazione stazionaria e invariante, fuori dal tempo, tipica della simmetria assoluta, a uno stato di consapevolezza, che presuppone il rientro nella dimensione temporale e la capacità di spendere un'azione» (p. 147). Stiamo considerando il fenomeno attraverso il quale elementi dell'analista e del paziente si trasmettono vicendevolmente attraverso un avvenuto aggancio, così come accade quando l'embrione si aggancia alla placenta. Lo stesso concetto verrebbe spiegato in altra forma da Tagliagambe e Malinconico (2018):

[...] la relazione tra visibile e invisibile ci mostra che l'invisibile del linguaggio qualitativo non è ciò che è esterno ed estraneo al campo visibile del linguaggio

quantitativo della fisica, bensì ciò che è escluso dal campo della visibilità [...] L'invisibile non è dunque semplicemente al di fuori e al di là del visibile [...], bensì la tenebra interna di questa stessa esclusione, interna al visibile medesimo, perché definita dalla sua struttura [...] Questo tener fuori non va inteso come tenebra esterna, bensì come tenebra interna, il che consente di impostare la situazione in termini di complementarità, ovverosia assumendo che bisogna accontentarsi di riconoscere la compatibilità di aspetti della realtà che a tutta prima appaiono contraddittori (p. 162).



A questo proposito possiamo rintracciare il pensiero di Bion e di Jung come suggerisce Furia (2006):

[...] I processi di pensiero, per Bion, dipendono dal funzionamento Alfa che è elemento trasformatore di impressioni sensoriali ed esperienze emotive di base in elementi utilizzabili dall'apparato psichico per la crescita mentale. Per Jung la collocazione nel mondo di elementi psichici attiva un flusso di trasferimento di significati in cui l'uomo agirebbe come soggetto di trasformazioni (p. 54).

Una prospettiva nuova nella relazione con L.

Tornando alla nostra storia, successivamente a tali accadimenti sincronici, presero forma alcuni cambiamenti per il paziente e per la relazione terapeutica. Penso che tali cambiamenti possano raffigurare l'evidente processo di guarigione e l'uscita del paziente da uno stato francamente psicotico. Cercherò di sintetizzarli riprendendo alcuni passaggi a partire dalla seduta del 23 novembre, nella quale L. afferma di stare meglio e di voler ritornare sulla sua delusione rispetto agli amici e ai gruppi online sul web. Dentro di me sento un peso enorme che mi tira verso il

basso e che mi tiene bloccata, lo avverto a livello fisico come un sasso premente sul petto. L'identificazione proiettiva che L. fa in quel momento su di me comporta, nel controtransfert, vivere quello che lui stesso prova in certe circostanze estremamente penose e mortificanti. Lo ascolto per qualche minuto e poi intervengo, dicendo che se io fossi al suo posto starei veramente molto male e mi sentirei molto sola e che le amicizie online mi farebbero sentire senza contatti umani. L., a quel punto, mi guarda e afferma: "*Certo, è così anche per me, mi sento così*". A questo proposito Racker (2000) scrive: «[...] questo punto è fondamentale, in quanto implica il fare esperienza del paziente come di sé stessi, che è la base della comprensione» (p. 238). Nel seguito riporto una sequenza tra il paziente e l'analista relativa alla seduta del 27 gennaio 2023.

L.: (esordisce facendo riferimento alla seduta di gruppo di qualche giorno prima): *Oddio cosa ho fatto! cosa ho fatto! Eh, sono costantemente in pensiero.*

Analista: *In che senso, a cosa ti riferisci?*

L.: *Nel senso che lui pensa (si riferisce a suo padre) che così le cose cambiano. Lui si trova davanti ad una montagna e cerca di spingerla. Se gli dici di non spingere, spinge ancora più forte. In questo caso la montagna sarebbe la mia situazione, nel senso che non mi voglio muovere.*

Analista: *Questa cosa che stai dicendo è un qualcosa di molto importante che nasce da te.*

L.: *Eh ho capito, ma la montagna rispetto a un uomo è una cosa gigantesca e soprattutto è fatta di rocce, di piante, di alberi. Come fa un uomo solo a spostare la montagna?*

Analista: *Tu ti senti come se fossi una montagna?*

L.: *La montagna deve essere solo ascoltata, nel senso che non deve per forza muoversi. Adesso sto cercando di assicurare anche te: della serie, non starò immobile tutta la vita!*

Analista: *Non c'è bisogno che mi rassicuri, perché se tu vuoi stare fermo per me va bene, non sono io che ti devo dire come devi stare tu.*

Noto che L. inizia ad avere un apprezzamento per le montagne.

L.: *Smettere di pensare al futuro, al passato e arrivi nel presente. Ti senti quando sali una collina che è la collina che ti solleva, non sei tu che stai salendo la collina, è come se ti sentissi la collina che ti solleva. Sono sulla montagna, più che altro ci sono i miei principi, le mie credenze...*

Analista: *Ma com'è questa montagna? tu hai detto prima la montagna che papà vuole spingere, come te la sei immaginata?*

L.: *Diciamo potrebbe assomigliare a qualche montagna che c'è lì fuori. (Fa riferimento al paesaggio fuori dalla finestra della sua stanza). Mi sento in pace, c'è un proverbio che dice che comprendere equivale a perdonare.*

Analista: *Beh, penso che questa metafora, questa immagine di te come la montagna e di papà come quello che vuole spingere e spostare questa montagna, sia un'immagine bellissima che ti dà proprio l'idea di quello che sta succedendo.*

L.: *Solo che per me fa male vedere babbo che continua a spingere, non mi muove, non funziona.*

Analista: *Rimaniamo un attimo sull'immagine, perché papà vuole spingere la montagna secondo te?*

L.: *Perché è immobile, perché dice no a questa montagna, non è come la vuole. Quindi papà proverebbe a spingere fallendo. Allora lui si siede ai piedi e volta immediatamente le spalle alla montagna.*

Analista: *Ecco, benissimo, quando però tu ti rendi conto di essere la montagna che cosa provi?*

L.: *Pace.*

Silenzio.

Non riporto tutte le sequenze dei dialoghi per ragioni di spazio, penso che quelle sopra proposte siano sufficientemente esplicative di quanto sia accaduto nella relazione analitica successivamente agli eventi sincronici di alcune settimane precedenti. Inoltre, appare evidente la possibilità per il paziente di accedere ad un livello di parola e di pensiero orientato verso la dimensione simbolica.

I mesi che seguirono si mantennero su questi livelli con piccole oscillazioni tra regressioni e progressioni, come in una ricerca di una nuova stabilità. Ripresi svariate volte la metafora della montagna rimandando a L. che questa immagine gli aveva permesso di guardarsi e di riconoscersi in quel momento della sua vita. In un'altra seduta, facendo riferimento alla stessa immagine, gli chiesi di descrivere dove si trovava la madre. L. rispose che la madre era nella foresta della montagna ed era persa e disperata, non stava vicino a papà. Dopo una breve pausa riprende e dice: *“È come se fossero morti, non ci sono più. Ho smesso di preoccuparmene e sento un senso di liberazione. Nello stesso tempo nessuno mi incoraggia, perché non mi hanno mai incoraggiato”*. Nel mio vissuto controtrasferale mi sentivo commossa, perché da queste ultime battute si evidenziava come il paziente potesse iniziare ad immaginare una possibile separazione dalle figure genitoriali.

Alcune riflessioni conclusive

Dopo circa otto anni di terapia ad oggi, L. pur presentando un disagio psichico importante è molto più autentico; inoltre, il poter entrare in contatto con i suoi vissuti distruttivi gli ha consentito di iniziare a tollerare la forte angoscia. Inizialmente restava bloccato in movimenti autoreferenziali, dai quali era per lui impossibile differenziarsi. Penso, ad esempio, alla ciclicità delle sue chiusure e dei suoi stati di passività quasi catatonica. Trascorreva intere giornate a letto o davanti al computer aspettando che il tempo passasse. Riflettendo a distanza di tempo sulla tenuta di questa relazione terapeutica, penso abbia giocato un ruolo significativo l'alleanza terapeutica. Pur essendo un paziente con importanti nuclei scissi, mi sono resa conto che L. è riuscito a mantenere con me una forte alleanza terapeutica. Questa alleanza e fiducia reciproca si è costruita su due elementi principali nella

mente dell'analista. Da un lato, la capacità-possibilità dell'analista di operare un continuo lavoro di differenziazione tra aspetti di sé e aspetti del paziente. Dall'altro lato, la fiducia dell'analista in un processo naturale di cura che attinge alla dimensione inconscia. Rispetto ad un piano di realtà, registro il fatto che in tutti questi anni L. non ha mai vissuto un ricovero in SPDC. Ad oggi L. ha avuto la possibilità di uscire da una fase psicotica, per poter accedere ad una dimensione più vicina alla vita psichica. In questo senso, lo schema A di questo scritto si pone come un'ipotesi di funzionamento della relazione analista-paziente in un preciso momento del processo analitico che, grazie al *contatto psichico non confusivo* tra analista e paziente, sembrerebbe aver consentito la fuoriuscita del paziente da un importante stato regressivo. Come evidenziato nel testo, rispetto al contesto terapeutico, ipotizzo due tipologie di eventi sincronici, che non si escludono a vicenda, ma che si possono integrare. La prima tipologia di eventi sincronici rientrerebbe nella concezione originaria del pensiero junghiano e quindi in fasi di Partecipazione Mistica (Jung, 1946), mentre nella seconda tipologia rientrerebbero quei fenomeni sincronici che avvengono in fasi di differenziazione tra analista e paziente, come nel caso che ho discusso e come riportato nello schema A. In questi ultimi casi, si tratterebbe di eventi che consentono un contatto-incontro che si potrebbe almeno in parte ritrovare nel termine greco *koinonìa* nei suoi connotati di rapporto, comunione, intimità, cooperazione.

A conclusione di questo scritto riporto il pensiero di Manica (2018) che, cercando di mettere in luce le simmetrie tra Jung e Bion, scrive: «Ci si potrebbe riferire all'idea junghiana di sincronicità [...] e al concetto di congiunzione costante, che Bion usa per spiegare come un oggetto o un evento incida su un altro, senza che le idee implicite in essi siano in rapporto fra loro» (p. 54). Manica, citando Bion sul concetto di fatto scelto, prosegue: «Con questo termine designo il collegarsi, mediante un'improvvisa intuizione, di una serie di fenomeni apparentemente slegati tra loro e che, dopo l'intuizione (l'intuizione così cara a Jung), hanno assunto un significato e una coerenza che prima non possedevano» (2018, p. 54).

Bibliografia

- AA. VV. (2018). *La passione del negativo. Omaggio al pensiero di André Green*. Baldassarro A., a cura di. Milano: Franco Angeli.
- Anzieu D. (1985). *Le moi-peau*. Paris: Dunod (trad. it.: *L'Io Pelle*. Roma: Borla, 1987).
- Bick E. (1968). The experience of skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49: 484-86 (trad. it.: L'esperienza della pelle nelle prime relazioni og-

- gettuali. In: Bonaminio V., Iaccarino B., a cura di, *L'osservazione diretta del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1992).
- Bion W.R. (1961). *Experiences in Groups and Other Papers*. London: Tavistock Publications (trad. it.: *Esperienze nei gruppi e altri saggi*. Roma: Armando, 1971).
- Bion W.R. (1962). *Learning from Experience*. London: William Heinemann Medical Books. (trad. it.: *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 2006).
- Bion W.R. (1967). *Second Thoughts: Selected Papers on Psycho-Analysis*. London: William Heinemann Medical Books (trad. it.: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970).
- Bion W.R. (1970). *Attention and Interpretation*. London: Tavistock Publication (trad. it.: *Attenzione e Interpretazione*. Roma: Armando, 1973).
- Brunialti C. (2017). Aspetti del Controtransfert in un piccolo gruppo di utenti a funzionamento psicotico. *Il Vaso di Pandora*, 3. Genova: Erga Edizioni.
- Carotenuto A. (1989). Cura analitica e trasformazione del tempo. *Rivista di Psicologia Analitica*, 40.
- De Franco L. (2000). *La passione per l'immagine*. Roma: Edizioni Therapne
- Fordham M. (1960). Counter-transference. *British Journal of Medical Psychology*, 33, 1. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1960.tb01218.x (trad. it.: Controtransfert. In: Fordham M., Gordon R., Hubback J., Lambert K., a cura di, *La tecnica nell'analisi junghiana*. Roma: Edizioni Ma.Gi., 2003).
- Freud S. (1913). Zur Einführung des Narzißmus (trad. it.: Introduzione al narcisismo. In: *Opere*, vol. 7. Torino: Bollati Boringhieri, 1976).
- Furia A. (2006). Su alcuni aspetti dei meccanismi proiettivi. *Studi Junghiani*, 23.
- Green A. (2018). *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Milano: Raffaello Cortina.
- Jung C.G. (1946). Die Psychologie der Übertragung (trad. it.: La psicologia della traslazione. In: *Opere*, vol. 16. Torino: Bollati Boringhieri, 1997).
- Jung C.G. (1947/1954). Theoretische Überlegungen zum Wesen des Psychischen (trad. it.: Riflessioni teoriche sull'essenza della psiche. In: *Opere*, vol. 8. Torino: Boringhieri, 1976).
- Jung C.G. (1952). Synchronizität als ein Prinzip Akausaler Zusammenhänge (trad. it.: La sincronicità come principio di nessi acausali. In: *Opere*, vol. 8. Torino: Bollati Boringhieri, 1983).
- Jung C.G. (1957/58). Die transzendente Funktion (trad. it.: La funzione trascendente. In: *Opere*, vol. 8. Torino: Boringhieri, 1976).
- Klein M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms (trad. it.: Note su alcuni meccanismi schizoidi. In: *Scritti: 1921-1958*. Torino: Boringhieri, 1978).
- Lambert K. (1970). Transference/Counter-Transference: Talion Law and Gratitude (trad. it.: Transfert e controtransfert: legge del taglione e gratitudine. In: Fordham M., Gordon R., Hubback J., Lambert K., a cura di, *La tecnica nell'analisi junghiana*. Roma: Edizioni Ma.Gi., 2003).
- Lemma A. (2011). *Sotto la pelle. Psicoanalisi delle modificazioni corporee*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi V. (2021). *Arcipelago N. Variazioni sul narcisismo*. Torino: Giulio Einaudi Editore.
- Lo Cascio A. (2006). Nota sulla circolarità delle immagini nella relazione analitica. In: *Al di là della parola, vie nuove per la terapia delle psicosi*. Roma: Edizioni Ma.Gi.
- Lo Cascio A., Brunialti C. (2021). *Quali regole per la relazione analitica? L'autodafé di Antonino Lo Cascio*. Roma: Fattore Umano Edizioni.
- Lo Verso G. (1989). *Clinica del gruppo analisi e psicologia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Maffei G. (1985). Inizio di analisi e sviluppo di psicosi. *Rivista di Psicologia Analitica*, 31: 100-110.

- Maffei G. (1998). Sulla distruttività come conseguenza di un'aggressività non trasformata. *Rivista di Psicologia Analitica*, 57: 13-23.
- Maffei G. (2006). Immagini e parole: confluenze possibili e necessarie. In: *Al di là della parola, vie nuove per la terapia delle psicosi*. Roma: Edizioni Ma.Gi.
- Mancia M. (2004). *Sentire le parole. Archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Manica M., Oldini M.G. (2018). *Fearful Symmetry. Spaventose simmetrie. Psicoanalisi e stati primitivi/creativi della mente*. Torino: CelidMigliorati P. (1994). La dinamica di gruppo come modello clinico del meccanismo di costituzione dell'immagine. *Rivista di Psicologia Analitica*.
- Ogden T.H. (1999). *Rêverie e interpretazione*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Ogden T.H. (2016). *Vite non vissute*. Milano: Raffaello Cortina.
- Peciccia M., Bendetti G. (2006). L'immagine nella psicoterapia analitica delle psicosi. In: *Al di là della parola, vie nuove per la terapia delle psicosi*. Roma: Edizioni Ma.Gi.
- Pieri P.F. (1998). *Dizionario Jungiano*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Racker H. (2000). *Studi sulla tecnica psicoanalitica. Transfert e controtransfert*. Roma: Armando.
- Russo P. (2014). Il Grande Gruppo. *Studi Jungiani*, 39, 1.
- Russo P. (2015). Andando per gruppi. Appunti e spunti di riflessione. *Rivista di Psicologia Analitica*. Nuova Serie, 1.
- Schwartz-Salant N., Stein M. (1984). *Transference – Countertransference* (trad. it.: *Transfert e controtransfert*. Roma: Edizioni Ma.Gi., 2007).
- Tagliagambe S., Malinconico A. (2018). *Tempo e sincronicità. Tessere il tempo*. Milano: Mimesis.
- Wiener J. (2004). Transference and countertransference: contemporary perspectives. In: Cambray G., Carter L., a cura di, *Analytical Psychology. Contemporary Perspectives in Jungian Analysis* (trad. it.: *Psicologia analitica. Prospettive contemporanee di analisi jungiana*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010).