

OSSERVAZIONI PSICOLOGICHE E CLINICHE IN ATELIER D'ARTE IL METODO DELLA SCULTURA ROTANTE

© Salvatore Incarbone 1996

INDICE

1. Premessa.
 2. Incontri con la creta.
 - 2.1. Primo incontro.
 - 2.2. Secondo incontro.
 - 2.3. Terzo incontro.
 - 2.4. Quarto incontro.
 - 2.5. Quinto incontro.
 - 2.6. Sesto incontro.
 3. Alcune considerazioni sul paziente F.
 4. Alcuni risultati ottenuti.
 5. Commenti conclusivi e note sugl'incontri.
 - 5.1. Note sul primo incontro.
 - 5.2. Note sul secondo incontro.
 - 5.3. Note sul terzo incontro.
 - 5.4. Note sul quarto incontro.
 - 5.5. Note sul quinto incontro.
 - 5.6. Note sul sesto incontro.
 6. Riassunto dei dati anamnestici per il paziente F trattato con il metodo della scultura rotante..
 7. Disegni illustrativi per la presentazione del metodo terapeutico della scultura rotante
- Bibliografia.

1. Premessa

Partecipo ad un gruppo terapeutico in atelier di disegno in qualità psicologo osservatore, in una struttura ospedaliera, promotori il direttore responsabile al quale la presente relazione è stata consegnata.

Mi sembra di poter rilevare che l'atelier abbia funzioni di puro intrattenimento; è guidato da un'operatrice che considera la mia partecipazione, peraltro puramente da osservatore, come un'intrusione di campo: non sono il solo a constatare l'esistenza di questa mentalità che non si preoccupa degli eventuali miglioramenti che potrebbero derivare dalla mia presenza, a vantaggio dei portatori di disagio (Rubin, 1999); le preoccupazioni circa il mantenimento di un proprio esclusivo "dominio" si dimostrano superiori a quelle circa gli eventuali vantaggi che potrebbero trarre i pazienti dalle osservazioni psicologiche quali potrei fare; a questo proposito noto che la mia partecipazione è del tutto insolita. Salvo rari casi, infatti, vengo informato che in questo atelier non intervengono quasi mai né uno psichiatra, né uno psicologo designato e mi domando se ciò sia da porsi in relazione con la circostanza che la scienza psicologica non abbia ancora armi sufficientemente valide a disposizione per combattere i mali dei pazienti più gravi, p. e. psicotici (Roi, 1998); essa ha saltato, inoltre, quasi a piè pari la fase iniziale – tipica di ogni scienza in progresso – di raccolta dei dati, privilegiando quelli apparentemente quantitativi a quelli onestamente qualitativi (Incarbone, 1998a; Parisi, 1978).

La situazione della seduta è stentata. (La durata di ciascuna è circa 1,5 ore).

Come risultato: i pazienti, in tutto cinque, manifestano alcuni segnali che potrebbero essere interpretati di non completa soddisfazione; qualcuno di loro (ad es. M) osserva che "l'atelier è come tornare a scuola". Sono informato che lo stato dei pazienti è cronico. Non si osservano peggioramenti né miglioramenti.

Nel tono di voce di M a proposito della scuola, mi sembra di cogliere una punta di rammarico: mi viene da pensare che a volte la scuola, pur tentando di promuovere la creatività, a volte finisca col bloccarla obbligando ad un conformismo di pensiero che può manifestarsi anche in certi dettagli tecnici (a questo proposito, vedendo p. e. che le foglie di un albero sono disegnate tutte uguali e proprio sapendo che le cause possono essere molte e diverse, mi viene da domandarmi perché siano così, in questo caso specifico, giacché la spiegazione potrebbe essere eventualmente interessante e risolversi a vantaggio del disegnatore), fallendo a volte nell'obiettivo di ottenere un arricchimento nella capacità d'espressione ed anzi mortificandola in nome di una regola fissa che può dare solo una falsa sicurezza a chi non è incoraggiato a cercare liberamente nuove strade per esprimersi e vivere la propria vita nei limiti del lecito.

Osservo anche che i disegni dei pazienti – tutti adulti ambosessi - hanno spesso caratteri di chiusura e ripetizione quasi ossessiva (appunto le foglie tutte uguali di un albero); gradazioni o combinazioni di colori sono quasi del tutto assenti, altrettanto si può dire per le sfumature (p. e. c'è un rifiuto a miscelare i colori).

M si mostra riluttante ad usare l'acqua dell'acquerello per diluire il colore; non gli piace "**pasticciare**", dice, e non vuole mescolare i colori perché ciò gli dà "fastidio". Chiede altri tipi di colori che gli vengono negati perché a pochi minuti dalla fine. Mi sembra di osservare segnali di frustrazione da parte del paziente anche per il malgarbo con cui è stato espresso il diniego.

Basandomi su questi elementi, avanzo una proposta scritta di sperimentazione psicologica (prima si passerà a qualche incontro preparatorio con alcuni pazienti) da tenersi alla presenza di un'infermiera capace anche di modellare con pasta di sale.

Nella proposta suddetta parlo di modellazione con la creta, attività che sarà indipendente da quella del gruppo di disegno; quando le condizioni fossero favorevoli, ci si potrebbe domandare se e come possa essere utile istituire un'eventuale collaborazione fra i due gruppi, collaborazione resa impossibile attualmente dal clima di gretta diffidenza d'alcuni operatori che non sembrano rendersi conto della grande importanza che le osservazioni psicologiche potrebbero avere per la raccolta di dati a vantaggio del benessere dei pazienti.

2. Incontri con la creta.

2.1. Primo incontro.

In queste osservazioni, ho sempre il supporto dell'infermiera suddetta; alcuni pazienti (M e F) vengono iniziati alla creta; viene loro domandato ai pazienti se può far piacere lavorarla offrendo altresì la mia disponibilità per ulteriori incontri con loro per un numero definito di sedute (previste sette, dati i tempi disponibili e le circostanze).

Viene notato che essi, pur non avendo mai lavorato la creta, sono capaci d'iniziare e portare a termine dei lavori. La situazione mi sembra ideale perché essendo inesperti, si possono ripercorrere meglio alcune tappe evolutive (legate all'apprendimento e alla manualità) ed osservare eventuali blocchi man mano che imparano a modellare.

A F viene domandato **cosa gli piacerebbe fare**: un oggetto, un vegetale, un animale, o una persona. In questo ventaglio di possibilità, dice che sceglierebbe la persona. Gli viene domandato se la preferirebbe maschio o femmina, e sedi età fanciullesca, adulta o anziana. La scelta cade su una signora. Alla domanda di cosa stia facendo questa signora, risponde che sta camminando. Gli viene allora proposta l'esecuzione di questa "signora a passeggio" ed egli risponde ridendo che "non ha mai lavorato e che è **impossibile per lui fare una cosa simile**". E' ovvio, a questo punto, che se riuscisse a farla, acquisterebbe **fiducia in se stesso e l'autostima** sarebbe accresciuta. Ne deriva la **straordinaria importanza di far sì che il paziente abbia la possibilità di raggiungere un risultato positivo fin dalla prima seduta**.

Procedo in modo simile anche con M il quale sceglie un animale, e, fra i possibili, un cane in piedi. L'infermiera è costantemente presente ed è molto interessata alla situazione.

Ritengo di stabilire, in questa circostanza, un clima di fiducia fra me, i pazienti e l'infermiera. Cominciando a manipolare palline e salsicciotti saldati insieme, i pazienti vengono guidati attraverso il mio modello che imitano, dunque senza aiuto diretto finché "si trovano" di fatto fra le mani F una bella figura di signora con cappello e una veste lunga fino ai piedi (fig. 1 e 2) e M un cagnolino completo di testa, zampe e coda. **F è visibilmente emozionato e soddisfatto**; gli propongo di **firmare** la sua prima scultura; egli aderisce con entusiasmo e oltre al **proprio nome** incide anche la scritta "1° lavoro".

Anche l'altro paziente (M) che ha eseguito un cagnolino - che rimane allo stato di abbozzo - è abbastanza contento; questo lavoro è meno rimarchevole di quello di F, ma ciò è **giustificabile** in considerazione del fatto che è arrivato tardi all'incontro. M dice che il cagnolino non è così bello; lo rassicuro ricordandogli che ha avuto meno tempo e che in futuro ne faremo degli altri.

2.2. Secondo incontro.

Mentre nel primo incontro i pazienti erano M (schizofrenia) e F (delirio), ora sono presenti lo stesso F e L (che è un'anziana signorina affetta da epilessia).

Ad entrambi viene proposto di eseguire una testa ed essi si mettono volentieri all'opera, cominciando scherzosamente dal modellaggio di un semplice sferoide. Il motivo della scelta della testa è **di affrontare subito un soggetto notoriamente difficile**, in maniera da dimostrare ai pazienti pressoché digiuni di scultura, che **anche la più difficile impresa non è impossibile se affrontata con semplicità e interesse**.

F termina il lavoro dopo poco più di un'ora, senza alcun aiuto diretto, seguendo la mia **dimostrazione pratica passo passo** mentre eseguo il modello; egli riesce anche questa volta a seguire l'esempio avuto e le indicazioni di aiuto indiretto - modellando una testa maschile, così come aveva modellato la signora a passeggio.

La testa viene tutta abbozzata e quasi finita, anche se mancano alcuni dettagli finali di poco conto.

L è epilettica ed aggredisce immediatamente il pezzo di creta che le è stato fornito producendovi una moltitudine disordinata di crateri per fare "gli occhi e la bocca". Associa questa manifestazione motoria al carattere ipoteticamente epilettiforme della paziente che per questa sua aggressività unita a disordine è da sempre criticata in famiglia. Pertanto, ed anche in considerazione del fatto che L è giunta in ritardo e senza preavviso, ritengo di non dover intervenire. Dopo una mezz'ora si allontana, dice, per una commissione e torna dopo un'altra mezz'ora.

Ella ha un po' perso ormai il passo del lavoro e siede in disparte, lontano dal suo pezzo che è rimasto alla fase dei crateri e osserva attenta; ogni tanto lamenta che il suo pezzo sia "risibile"; infine si rivolge a me: "E a me, non mi aiuta?" testualmente dice. Ritengo di poter gratificare la sua richiesta esplicita di essere aiutata e seguendo rigorosamente i suoi suggerimenti "restituisco" forma alla creta, dapprima abbozzando una specie di sfera dalla quale i crateri vengono gradualmente spianati e fatti sparire; a questo punto non oso proseguire (perché il mio intervento potrebbe essere interpretato in senso disturbante) e dico alla paziente che qui e là si potranno fare ancora meglio in seguito gli occhi, il naso e la bocca (alcuni crateri sono stati conservati a questo scopo, cioè al posto degli occhi e della bocca); ma la paziente protesta "mi dia la soddisfazione di vedere come sarebbe venuto!" Non posso esimermi dal proseguire: ella segue attentamente le mosse delle mie dita; notando la sua attenzione, alzo il pezzo in alto e per rendere l'operazione più visibile e controllabile da lei, mi alzo addirittura in piedi; ora sembra acquietarsi mentre lo sferoide acquista la conformazione della testa, con la protuberanza della fronte, le sopracciglia, l'abbozzo del collo; ripetutamente le viene chiesto se l'operazione proceda secondo le sue intenzioni ed ella ogni volta approva, salvo per il naso che vuole più aquilino, in omaggio ad un poeta che piace anche all'infermiera e (dirà poi a me, successivamente, al telefono) alla propria madre.

Alla fine la testa è pronta e osservo che adesso, quasi indipendentemente dall'oggetto di creta, la paziente si mostra tranquilla mentre la fissa con occhio vivo e in un modo che a me sembra molto produttivo e come di meraviglia; per non interrompere questa favorevole **situazione relazionale, fra lei ed il modello**, continuo a palpeggiare qua e là il pezzo.

Mi sembra interessante segnalare l'interpretazione che l'infermiera A. mi dirà più tardi su questo scambio emotivo relazionale: a suo modo di vedere avrebbe significato "**guarda come si può ottenere tanto con poco!**" (fig. 3, 4, 5).

A me è sembrato che in quel momento la paziente stesse **manipolando internamente qualcosa che aveva attinenza con l'oggetto plasmato** insieme (cioè manualmente da me ma su indicazioni precise e graduali date da lei, apposta per lasciarle l'impressione che fosse lei l'autrice ed io un semplice mezzo da lei usato, altrimenti avrebbe ricevuto una frustrazione, evenienza potenzialmente grave e drammatica, da evitare per un qualsiasi paziente che riceverebbe un danno alla propria autostima).

Particolarmente importante sembra il successo con L perché se con così poco si può ottenere molto, il prossimo passo terapeutico potrebbe essere quello d'indurre la paziente a pensare che con il poco che lei ha, potrebbe tuttavia ottenere tanto e la **rimodellazione esterna potrebbe aiutare una rimodellazione interna**. (Ella sarà impossibilitata a muoversi a seguito di un incidente successivo e sfortunatamente non potrà proseguire con le sedute di cui avrà tuttavia un vivissimo e grato **ricordo** che sembra per lei **positivo conservare**).

2.3. Terzo incontro.

È presente soltanto M che nel primo incontro non aveva avuto il tempo di completare il cagnolino e gli viene così riproposto lo stesso compito. Esegue poi un ragazzo in piedi, **scegliendo** questo tema fra alcuni altri proposti nel corso della seduta.

Quando entrambi i temi sono terminati, per **compensarlo** dell'esito del primo incontro in cui, giungendo tardi, aveva fatto un cane rimasto allo stato di abbozzo, introduco una variante; propongo di sistemare insieme il cane ed il ragazzo e gli domando se potrebbero stare in una stanza oppure ai giardini: egli sceglie "ai giardini". Propongo allora di cominciare a fare una piattaforma che funga da giardino, per sistemarli: il paziente l'esegue senza aiuto diretto e in modo relativamente attivo nel senso che sceglie fra le varie alternative, anche se si lascia un poco guidare dalle mie proposte che tendono segretamente a **costruire un legame** attraverso un discorso che in qualche modo **unisca insieme i temi delle due sedute**: il cane ed il ragazzo. La costruzione del legame mi sembra positiva, trattandosi di un caso di schizofrenia.

Secondo le ipotesi della Kalff (1966), la piattaforma pressoché rotonda rappresenterebbe il Sé; il cane le forze istintive, eventualmente aggressive, il ragazzo l'Io; consapevole dei problemi di scissione del paziente, propongo poi la sistemazione di un muretto che **quasi** (ma non completamente) divida in due la piattaforma di creta (sistemazione che il paziente può variare nei dettagli a suo piacimento); egli – con l'intento di copiare il mio modello - osserva perplesso ciò che sto cominciando a fare e gli spiego che egli potrebbe tentare di mettere il ragazzo in piedi vicino o lontano dal muretto oppure seduto su quello oppure sdraiato qui o là. Sceglie la posizione seduta e sul muretto.

Si tratta ora di vagliare una scenografia relativamente al cane e domando come lo vorrebbe: va verso il ragazzo o scappa? Risponde che non scappa, va verso il ragazzo. Ora la scelta verte sulla dislocazione del cane. Sta dalla stessa parte in cui siede il ragazzo, oppure dall'altra, dietro il muretto, o ancora mentre lo sta aggirando? Egli sceglie la posizione del cane dietro il muro sedile. Dunque si tratta di un cane fermo, che sta arretrando o che sta arrivando? La risposta è che **mentre il ragazzo è seduto, dietro di lui arriva un cane**; io fisso con le dita il cane alla piattaforma del mio modello.

Il paziente ora si arresta ed è attento, aspettando la dimostrazione delle mie mani; prendo il mio ragazzo di creta, quello del mio modello, lo pongo seduto sul muretto; la scena viene costruita non solo per gradi, ma in sequenza d'azione (accompagnando la dimostrazione manuale con l'espressione linguistica); infatti il ragazzo di creta è ora seduto e guarda dritto davanti a sé; il cane viene mosso con le mani come se camminasse, "va verso il muretto" il paziente **annuisce ogni volta**, ma i suoi cenni si fanno via via più deboli, tutto preso com'è dalla situazione, mentre acconsente; "vi posa le zampe" (e qui il cane di creta, il mio, viene alzato, le zampe vengono opportunamente piegate e posate sul muretto, quelle anteriori, mentre le posteriori rimangono fissate alla piattaforma che sta per il terreno); "ora il ragazzo si volta o scappa?" "Si volta" risponde (e solo a questo punto il busto del ragazzo è sottoposto a lieve torsione, in modo d'accompagnare le parole con l'azione graduale) "e cosa fa il ragazzo? Rimane indifferente, s'alza spaventato o carezza il cane?" La risposta è: "lo carezza" (il braccio del ragazzo di creta viene da me sollevato e posto con la mano in prossimità del capo dell'animale).

Il paziente sembra **recepire il significato metaforico dell'operazione**, tant'è che dopo averla a lungo osservata sorridendo, la sua fronte si spiana davanti alla scena ormai pronta (nel modello), il suo **viso**

s'illumina come in estasi; improvvisamente egli capisce e domanda "posso farlo anch'io?" "Certamente" è la risposta ed egli si mette con visibile lena al lavoro.

Mi sembra di potere osservare che tutto si è svolto in maniera naturale usando la creta per creare una sorta di favola, ***una scena che si sviluppa nel tempo, come se la piattaforma fosse il palcoscenico di un piccolo teatro con marionette e l'episodio una piccola fiaba.***

Possiamo dunque osservare che lavorando con la ***creta***, si può fare anche un po' di ***teatro e di fiabazione*** – sia pure con qualche ovvia limitazione – intrecciando così varie forme d'***arteterapia***, intendendo, con questo termine, un intervento tendenzialmente terapeutico attraverso ***il gioco di un'arte a vantaggio di un paziente.***

A questo proposito, conviene subito notare che spesso l'arteterapia ha un esito positivo, si dimostra salutare cioè per i pazienti portatori di disturbi psichici, ma il più delle volte non se ne conosce il motivo né le precise modalità in cui il miglioramento ha luogo: ne segue la precisa esigenza di ***comprendere il più possibile il meccanismo di questa forma di terapia*** che si esplica così spesso in modo tanto misterioso quanto efficace.

Proseguendo con il resoconto delle mie osservazioni con il paziente M, noto che nonostante le sue intenzioni, gli sforzi per ripetere il mio modello attraverso la copia, ad un certo punto s'incepiano nei tentativi, che sembrano infruttuosi, di compiere un ***movimento che sembra insequibile da lui.***

Al di là delle possibili ipotesi che possono essere escogitate dalle varie scuole psicologiche, osservo curiosamente che egli ***non riesce a disporre il pollice obliquamente*** in un gesto necessario per ultimare la figura. La questione dell'obliquità del pollice (né verticale, né orizzontale, ma con inclinazione intermedia) mi porta ad associare questa con la difficoltà espressa già da lui anche verbalmente a proposito della ***mescolanza dei colori e del disegno col chiaroscuro.*** Commenteremo ciò più avanti con un certo dettaglio.

Dal momento che il paziente è ancora probabilmente condizionato a concepire un atelier come una scuola, il disagio sembra essere espresso anche a voce nella domanda: "a che ora finisce la lezione?" (la parola "lezione" è per lui ancora abituale); "Non è una lezione, ma dovrebbe essere un divertimento, può andare via quando vuole". Decido quindi di aiutarlo nell'ultimo gesto che conclude il suo lavoro; si tratta dell'attaccatura dei capelli sulla tempia. Avvicino la mia mano alla sua: "Posso aiutare?" e poiché annuisce, afferro con cautela e con delicatezza il suo pollice e glielo ruoto gentilmente fino a che la sua unghia è disposta obliquamente; la spingo verso la creta così da lasciarvi l'impronta che segna la suddetta imbarazzante attaccatura.

Lo scoglio sembra per il momento superato, ma non risolto e ci sarebbe voluto un ***congruo numero di sedute per venire a capo***; purtroppo, nonostante la mia disponibilità, la struttura ospedaliera non lo consentiva, probabilmente per calmare le ire e l'invidia dei soliti operatori, per giunta poco gentili con i pazienti oltre che incompetenti.

Interpretando il suo lavoro, alla fine di questo secondo incontro con lui mi domando se è stato sufficientemente sviluppato il tema del "ragazzo che carezza un cane ai giardini". Apparentemente sì, ma non totalmente, infatti, quando il paziente stava per unire il cane alla piattaforma, ha interrotto il lavoro, si è alzato dicendo "ho finito, basta", saluta ed esce, quasi fosse preso da una forma d'ansia. Può darsi che il lavoro in se stesso gli procurasse un'ansia sottile che, via via accumulata, diveniva sempre più intensa fino a divenire insopportabile dopo un certo tempo trascorso: osservo, tuttavia, che la soglia temporale è stata raggiunta proprio nel momento di unire l'animale alla panchina sulla piattaforma. E' verosimile, dunque, che il desiderio d'interrompere il lavoro corrisponda in parte ad un'***accumulazione temporale d'ansia*** ed almeno in parte alla necessità di lasciare che il ***cane rimanga libero***; le ***forze aggressive e, o, istintive*** non sembrano dominate pienamente (è proprio a questo punto che aveva detto "ho finito, basta").

Mi sembra comunque importante che egli abbia ***reagito positivamente*** - almeno ***fissandola visivamente, a lungo*** - alla scena proposta per il tema di lavoro, indipendentemente dal fatto che non sia ancora riuscito a ***farla propria completamente***, attraverso cioè un suo atto completo sulla creta (il cane non fissato rende l'esecuzione incompleta).

Egli non parteciperà più agli incontri perché destinato - dal suo medico curante - ad altro atelier in una sede diversa.

In un successivo incontro informale, il cane sarà finalmente fissato ed egli mi chiederà di cuocere il pezzo; dopo l'operazione di fornace egli verrà a cercarla ed io gli consegno con soddisfazione la terracotta (fig. 6 e

7) alla quale egli **sorride estatico**. Maneggia con cura il pezzo. Lo carezza per ciò che provò, facendolo, nella fase dell'arte nascente (Incarbone 1998b) ed è con un sorriso che mi saluta per l'ultima volta. Seppi che anche questo paziente chiese di continuare a lavorare la creta, ma il permesso gli fu inspiegabilmente negato.

2.4. Quarto incontro.

Quest'incontro, che avviene con l'unico paziente F è caratterizzato da un fatto degno di nota. Alla proposta del solito ventaglio di possibilità, F sceglie la modellazione di una casetta di creta; successivamente passa ad un disegno a matita di "una casa in un paesaggio di campagna", e dopo avere eseguito questi due lavori con viva soddisfazione e partecipazione (fig. 16b), il paziente mi mostrerà un'agenda il cui contenuto ha a che fare col tema del suo delirio mistico nel quale io non entro in merito ma che mi sembra di poter accogliere come una **positiva proposta relazionale**.

Ma andiamo in ordine cronologico. Fra le varie proposte presentate, quella di modellare una casetta era stata scelta ed accettata con entusiasmo all'inizio di questo quarto incontro. Viene modellata anche una scala d'accesso alla casa e F si dimostra abbastanza bravo nel fare i gradini, uno per uno. Lo elogio e ciò può essere importante perché in casa il padre di solito lo denigra e lo maltratta almeno verbalmente.

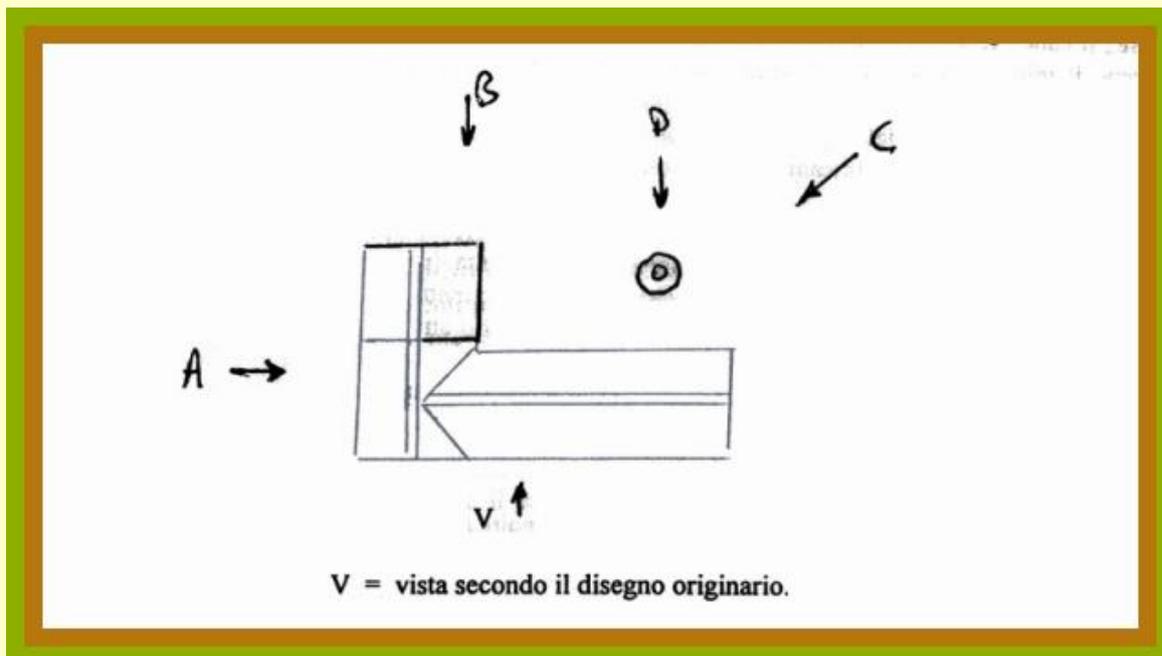
Al termine è visibilmente soddisfatto. Cogliendo l'onda del suo entusiasmo, l'invito a disegnare in bianco e nero a matita "una casa in un paesaggio di campagna" di sua concezione. Egli la esegue di buon grado, ponendo ai lati due recinti. La casa è disegnata con prospettiva "ingenua" (fig. 16b) che può essere interpretata come avente una struttura complessa (fig. 16c), il che consente di **non dovergli necessariamente contestare l'errore** (fig. 16b).

Al termine è contento. È a questo punto che cava di tasca l'agenda e la mostra vantandone il contenuto centrato sul suo delirio. C'è anche un santino: sono nell'imbarazzo: non posso né approvarlo nel suo delirio - perché rischierei di rinforzarglielo - né contrariarlo poiché rischierei d'indurlo a richiudersi in se stesso. In entrambi i casi potrei fargli del male, cosa da evitare assolutamente. E' la regola: terapia vuol dire curare, migliorare, possibilmente guarire, **dare benessere e sensazioni di benessere** possibilmente **durature**, non malessere. Il **rapporto col terapeuta** dovrebbe essere sempre concepito – specialmente dal paziente – come **un'oasi di pace, di sicurezza, di tranquillità**: il **clima dovrebbe essere sognante** in modo che egli sia indotto a lasciarsi andare ad esprimere se stesso senza timore.

Scelgo una **benevola partecipazione**. "E' ben disegnata.. anche i colori non sono male.." Non entro nel merito dell'argomento religioso e mi limito a **commenti neutri** concernenti l'aspetto artistico dell'immagine. Con atteggiamento comprensivo, viene congedato bonariamente; dargli corda avrebbe potuto essere pericoloso, ma anche frustrarlo avrebbe potuto essere dannoso. Egli, normalmente compensato e controllato, **si è "aperto" confidando il tema delirante** e questo mi sembra molto lusinghiero per entrambi poiché la fiducia nella mia persona gli permette di **sperimentare un contatto che attenua la sua ansia e gli da sollievo**.

2.5. Quinto incontro.

Dei pazienti è presente soltanto F C'è una sorpresa per lui. "Il suo disegno della casa è piaciuto, così l'abbiamo realizzato in creta". Viene invitato a sedersi; davanti a lui ci sono il disegno da lui fatto ed il plastico d'argilla che ho preparato e sistemato su una piattaforma girevole, coperto da un telo. E' predisposto in modo che quando sarà scoperto F ne vedrà il lato V che è quello che riproduce fedelmente ed in dettaglio il suo disegno originale di casa in campagna. Il plastico viene scoperto. L'istruzione datagli è che deve restare seduto, mentre con una mano lo **gira manovrando la piattaforma mobile**. Lo esamina ruotandolo; dapprima esplora il lato sinistro, poi prosegue e lo esamina tutto (Fig. 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 16).



C = vista preferita da F, osservando il plastico.

I lati esaminati sono V, A, B, C, D. La vista D è quella del pozzo che viene indicato da lui specificatamente. Il quarto lato non viene esaminato in maniera esplicita, ma può ritenersi inglobato implicitamente nella veduta C che è prospettica. Egli si sofferma su V, A, B, C, D. La veduta preferita, osservata più a lungo, è la più difficile (e la più ricca di significati possibili), cioè C. Invitato a scegliere la posizione da dove gli piacerebbe fare un nuovo disegno, sceglie C che è appunto la più difficile tecnicamente! Gli viene ora permesso di alzarsi e di osservare la scultura a suo piacimento, cosa che egli fa; richiesto di indicare il punto di vista preferito egli conferma C anche stando in piedi.

Si passa al disegno. È la prima volta che si cimenta nella prospettiva. Dal vero (utilizzando il plastico) eseguo sotto i suoi occhi un disegno come campione ed egli disegna il plastico aiutandosi anche col disegno da me schizzato. Riesce a tracciare le linee oblique della veduta in prospettiva, ma l'inclinazione lo disturba leggermente; infatti, la pendenza delle linee è minore di quella che sarebbe giusta. E' evidente che egli avrebbe bisogno solo di tempo e quindi di un numero maggiore d'incontri per perfezionare le capacità che indubbiamente ha.

Il disegno che aveva fatto originariamente nel corso del quarto incontro rappresentava la veduta V: le caratteristiche di questa veduta sono opposte o diverse da quelle realizzate in C. Perciò **la scelta di C come veduta preferita è positiva poiché migliore rispetto al suo disegno iniziale.**

Ed ecco a confronto le caratteristiche del suo disegno originale e della veduta da lui invece preferita nel plastico: è evidente il **miglioramento delle caratteristiche attualmente scelte** rispetto a quelle di partenza. Troviamo apertura (finestre e porte aperte), funzionalità, comunicazione (arco, strade), coltivazione (orto) ed allevamento (c'è un cavallo in una stalla) ovvero relazioni con vegetali ed animali, vitalità (panni stesi, tracce di carri sulle vie di transito), accettazione (d'immagini sacre).

TABELLA DELLE CARATTERISTICHE DEL DISEGNO ORIGINALE E DELLA VEDUTA PREFERITA NEL PLASTICO

V (disegno originale)	C (veduta preferita nel plastico)
Non coltivato	Coltivato
Chiuso da recinti	Aperto
Finestre e porte chiuse	Aperte
Cerchio senza funzione (sul frontale)	Cerchio con funzione (pozzo)
Campo limitato (da recinti)	Campo non limitato
Assenza d'immagini sacre	Nicchia per immagini sacre
Assenza di comignoli	Comignoli (c'è vita)
Assenza d'animali	Animali presenti
Assenza di strade	Strade (comunicazione)
Assenza d'archi	Arco di passaggio presente

In merito a questo paziente si veda anche il riassunto allegato dei dati anamnestici.

2.6. Sesto incontro.

F ha eseguito la **testa di un buffone** utilizzando creta di due colori (bianca e rossa). Essendo oggi uno degli ultimi incontri (di fatto avvenne che per motivi vari questo sesto incontro fu anche l'ultimo), prendendo spunto dal lavoro eseguito (*fig. 15*), il paziente mi confida che prima era molto più malato e che l'origine dei suoi mali è una "fattura" di una signora contro di lui. Rifletto che è bene che egli lo creda, così da attenuare il senso di disagio e di colpa per essere non del tutto sano e non all'altezza delle aspettative di alcuni (p. e. del padre). Ritengo perciò opportuno accogliere il desiderio del **paziente di parlare di sé** concedendogli il rimanente tempo per tale scopo. Egli è visibilmente contento di ciò ed io mi guardo bene, come al solito, dall'avanzare critiche o disapprovazioni che gli farebbero solo del male.

Seppi che egli, in seguito, chiese alla struttura ospedaliera di continuare il lavoro con la creta con me, ma la sua richiesta non poté essere accolta per ragioni a me ignote.

3. Alcune considerazioni sul paziente F.

Il medico curante del paziente propone di riaprire il caso: la domanda di lavoro da me posta è: "Cosa farebbe F di fronte a un'immagine legata al tema del suo delirio mistico?" Il medico dichiara di non saper rispondere e propone uno studio di gruppo: la discussione che ne segue (presenti il suddetto psichiatra e due psicologi, oltre me e l'infermiera), durata circa due ore, non porta tuttavia alcun nuovo contributo rispetto a quanto già si sapeva ed il problema in quella circostanza è rimasto aperto.

A mio parere il problema resta aperto perché la struttura istituzionale contingente sembra insufficiente a farvi fronte per vari motivi concomitanti, fra i quali giocano probabilmente: la ristrettezza del tempo da poter dedicare seriamente ad un singolo caso; la scarsa preparazione specifica - in campo psichiatrico e psicologico - dichiarata da una parte del personale che abbastanza stranamente si vanta della propria ignoranza in tale campo: ciò sembra indicare una scarsa consapevolezza del problema. In simili circostanze l'esame di un paziente rischia di restare ad un livello troppo superficiale per avere qualche possibilità psicoterapeutica.

Ciò che mi fa pensare che sarebbe veramente il caso di procedere ad un riesame del caso F è che nell'atmosfera distesa e di fiducia dell'atelier creta, ho avuto la possibilità di ascoltare alcuni suoi commenti e racconti: egli ha riferito, nel corso del sesto incontro, anche alcuni particolari dell'origine del suo malessere accennando ad una "fattura"; inoltre il suo delirio "mistico" mi sembra sospetto in quanto sembra dargli qualche vantaggio, come risulta da ciò che segue: questo delirio è infatti legato ad alcune credenze di ordine sessuale (un'errata interpretazione - peraltro di comodo - dei

comandamenti, per cui sarebbe lecito ciò che viene dichiarato illecito normalmente in campo sessuale); per questi motivi sono indotto ad avanzare l'ipotesi che il suo "delirio" possa in realtà essere simulato e che egli cerchi di autoconvincersi della sua realtà sapendo - o almeno subodorando - tuttavia che si tratta di un falso inesistente; questo tipo di simulazione potrebbe aver avuto origine a causa del pesante condizionamento socioculturale oltre che in una relativa debolezza dell'io, verosimile per un trauma infantile cranico. È quindi possibile che il paziente F possa venire almeno in parte recuperato e rieducato con vantaggio suo e dei suoi familiari.

Dopo il quinto ed il sesto incontro sono portato di conseguenza a nutrire seri dubbi sul fatto che il soggetto F sia propriamente affetto da un delirio mistico e mi domando se piuttosto in parte non lo simuli a causa dei pesanti condizionamenti socioculturali dell'ambiente di provenienza. Ciò sembra spingere alla massima cautela nella definitiva formulazione di una diagnosi che in casi come questo rischia di bollare un individuo in condizioni in cui la certezza scientifica, la sufficiente approssimazione, e la neutralità del giudizio sociale - esente da pregiudizi - sembrano mete che rischiano di risultare aleatorie o irraggiungibili sebbene eticamente auspicabili.

Per ciò che riguarda l'esperimento con il plastico, questo è riuscito positivamente. F, infatti, accetta tutte le ricche e positive caratteristiche visibili dal punto di vista C; dunque egli non sembra veramente definitivamente bloccato, ma sembra piuttosto essere rimasto vittima di una scarsità di sviluppo psichico per fattori ambientali, (p. e. certe relazioni con altre persone). Ha bisogno di un ambiente sereno, ottimistico, che gli dia fiducia. Forse è meno malato di ciò che sembra?

4. Alcuni risultati ottenuti col paziente F.

È in effetti migliorato. Non è più trasandato; non ha più odore sgradevole. Si presenta in ordine e si sforza di avere modi gentili. Sembra a volte persino espansivo, sempre garbatamente.

Gli viene offerto il plastico in regalo, ma egli lo rifiuta decisamente, anche se a malincuore, perché a casa c'è qualcuno che glielo romperebbe. Tale è il valore che dà al plastico che valorizza il suo disegno, interpretandolo. Propongo di usare il modello per un presepe a Natale, in ospedale; egli gradisce molto l'offerta, comunque, e ne è lusingato e compiaciuto. Non esistendo la possibilità di altre sedute con me, si congeda, portando a casa il foglio col disegno (quello in prospettiva) da finire.

Durante l'ultima seduta ha confidato che il padre lo vorrebbe con sé al lavoro, ma l'idea non gli piace: dice che dovrebbe fare il muratore, ma afferma che non è capace di farlo. Il padre lo maltratta in casa, accusandolo di non voler lavorare. Gli viene detto che ora è diventato un muratore, perché costruisce piccole case di creta, lo stesso materiale dei mattoni. Sorride soddisfatto.

Si è instaurato un clima di fiducia e di stima reciproca: il laboratorio di creta è un po' la sua casa e ci si sente a suo agio. A volte offriamo il caffè, accendiamo la musica.

Si lavora sempre in fretta per cercare di finire in tempo e questo fatto ed il fatto che riesca a farlo è per lui esaltante; ogni volta c'è uno scopo, è tenace e non mostra mai di scoraggiarsi. A volte, nei compiti più difficili, mormora "non riesco, non so farlo" ma poi riesce: "ha visto che è riuscito?" Sorride.

I minuti passano velocemente. Egli saluta con la voglia di tornare guardando verso la stanza due o tre volte prima di uscire dalla porta. Soprattutto nel corso dell'ultimo incontro sono emersi anche i dati socioculturali e ambientali (ignoranza, superstizione, inadeguata cultura, pesante condizionamento sociale) utili e tali da suggerire, a mio avviso, ulteriori approfondimenti diagnostici e terapeutici per il futuro, possibilmente entrando nel merito delle relazioni umane in famiglia. Il problema attuale è che le strutture esistenti non sembrano in grado d'attuare in maniera efficace queste prospettive né sembra sempre adeguata la preparazione del personale "preposto". Come se non bastasse, la scienza psicologica è limitata e di poco aiuto.

5. Commenti conclusivi e note sugli incontri.

Veniamo ora ad alcuni commenti conclusivi sugli incontri in generale. In ogni incontro ciascun paziente ha iniziato e terminato - o, come in un caso, ha visto terminato - qualcosa che aveva scelto e

che gl'interessava. In particolare, F è stato presente a cinque sedute di un'ora e mezza circa ciascuna ed ha prodotto i seguenti pezzi: una signora a passeggio, una testa maschile della grandezza di un pugno, una casetta, un disegno, un buffone (*fig.15*).

Il motivo per cui mi sono preoccupato di far terminare a ogni paziente la "sua" produzione in ciascuna seduta è perché ho supposto che così sia più portato ad acquistare **fiducia in se stesso**, evitando la **frustrazione di un pezzo incompleto**; inoltre la seduta risulta più uniforme, non risente cioè di **strascichi di sedute precedenti** ed il lavoro svolto psicologicamente si presta meglio alla valutazione per la presenza di un **risultato concreto ben visibile** che fa da referente.

Passiamo ora ad alcuni commenti sui singoli incontri qui di seguito indicati mantenendo il riferimento della numerazione.

5.1. Note sul primo incontro

A F fu proposto sia il cane sia la figura umana; quest'ultima fu da lui preferita; ciò è stato utile anche per verificare se aveva problemi su questo tema, oltre che per studiare il suo comportamento, anche la gamma e la qualità dei suoi problemi e delle sue capacità: come risultato fu notata solo qualche difficoltà nell'elaborazione del viso, ma ciò poteva esser dovuto ad un'immatura capacità tecnica; così decisi che nell'incontro successivo, nel ventaglio dei temi, avrei proposto il modellaggio di una testa maschile che avrebbe permesso d'affrontare quasi tutte le maggiori difficoltà tecniche di realizzazione: se il paziente l'avesse accettata (come poi avvenne di fatto nel corso del secondo incontro), ciò sarebbe stato comodo per verificare se vi erano problemi in questa elaborazione.

M eseguì il cane perché si mostrò restio a trattare la figura umana; inoltre era arrivato in ritardo e quindi era meglio secondo lui optare per una figura più semplice, quale quella canina; questa scelta fu comunque utile anche per verificare se vi erano problemi nelle aree dell'affettività e dell'aggressività oltre che per sondare e osservare - come ho fatto con tutti i pazienti - problemi e capacità; M lavorava con difficoltà sottoponendosi a continue autocritiche per cui ritenni opportuno incoraggiarlo; inoltre avendo questo paziente esplicitato un commento che faceva pensare ad avversione per attività scolastiche vissute come infantili (ciò era comprensibile poiché tutti i soggetti erano adulti con età che andavano dai 35 a quasi 50 anni e per il fatto già accennato che era già stato abituato a considerare in partenza l'attività di atelier come scolastica, nel corso di esperienze avute in precedenza, rispetto a quella attuale con la creta), decisi che avrei utilizzato il cane ed altre eventuali figure per proporre di costruire scene complesse di significato e ricchezza crescenti e tali da esulare dai temi che di solito si possono realizzare "a scuola"; ciò diede origine al passaggio dai temi del cane isolato e dal ragazzo a sé stante al tema più complesso della composizione a più ampio respiro "ragazzo col cane". Questa venne sviluppata, come s'è già visto, con l'aiuto di una breve storia riassunta e memorizzata nel prodotto modellato e scolpito.

5.2. Note sul secondo incontro

F riuscì a modellare la testa maschile senza particolari problemi anche se il risultato fu un po' approssimativo in alcuni dettagli; tuttavia L elaborò mentalmente la testa molto di più di F; ella aveva un'espressione in viso che faceva pensare ad un'**estasi** e sembrava come assopita in un **sogno** davanti all'elaborazione della testa man mano che l'eseguiva per lei, **seguendo le sue indicazioni**. È dunque possibile che L - che di fatto non ha quasi lavorato manualmente - abbia tratto dalla seduta un **vantaggio** maggiore di quello di F; ciò induce ad usare la massima cautela nel giudicare l'**utilità delle sedute** poiché questa **non dipende dall'attività manuale in sé ma dall'elaborazione mentale effettivamente svolta** nel corso della loro durata.

5.3. Note sul terzo incontro

Nel tema del "ragazzo col cane" cercai di verificare l'esistenza di eventuali problemi per M in relazione all'**aggressività** e all'**affettività**; indagai inoltre possibili problemi di **scissione** suggerendo il muretto-sedile come elemento divisorio di separazione sulla piattaforma; il fatto che il paziente abbia costruito

un muretto che non attraversa da parte a parte tutta la piattaforma ma lascia un certo margine libero di comunicazione fra le due parti (in corrispondenza alle due estremità del muretto) mi sembrò incoraggiante; i problemi di scissione si evidenziano invece nel modellaggio del viso per l'attaccatura dei capelli sulla tempia; non gli riesce di compiere, con il dito, il **gesto intermedio** - in quanto obliquo - fra orizzontale e verticale. Di conseguenza ho cominciato a interrogarmi su quale potesse essere il tipo di terapia più efficace nel tentativo di risolvere questo problema. Qui ci si trova in presenza di caratteristiche che non sono opposte (come il bianco e il nero in una sfumatura) ma complementari (essendo le due direzioni non opposte l'una all'altra ma perpendicolari e dunque due costituenti dello spazio, in analogia ai colori fondamentali). È possibile che una buona terapia debba muovere sia in senso spaziale (p. e. la rotazione di oggetti) sia in senso temporale (p. e. il canto e il senso ritmico - suonando p. e. la batteria). Sarebbe stato molto interessante porre in atto alcune esperienze adatte a dipanare questa matassa, controllando, per esempio, se analoghe difficoltà sussistevano nel posizionamento intermedio della mano, del braccio, del corpo, del piede.. e così via: o anche di un semplice bastone poiché non è detto che la difficoltà che si manifesta usando una parte del corpo, debba persistere quando si usa un oggetto che del corpo è un prolungamento ma non s'identifica con esso.

5.4. Note sul quarto incontro

Volendo indagare l'immagine del corpo che noi abitiamo, nel ventaglio delle possibilità fu inclusa la proposta di realizzare una casetta; il paziente non ebbe particolari problemi, contrariamente a ciò che ci si poteva forse aspettare; è vero che porte e finestre erano tendenzialmente piccole, ma ciò poteva essere forse in parte dovuto a scarsa capacità tecnica e, più probabilmente - visto anche un suo successivo disegno di casa in campagna, eseguito con porte e finestre chiuse - in parte ad una tendenza psicologica alla chiusura; indubbiamente occorre un numero maggiore di sedute per studiare non solo questo problema, ma anche gli altri emersi nel corso delle osservazioni compiute; non fu tuttavia possibile aumentare il numero suddetto e per motivi di tempo e a causa dell'atteggiamento che sembrava oppositivo, manifestato da una parte del personale di servizio, atteggiamento che sembrava pressoché indipendente dal possibile vantaggio dei pazienti e dettato da assurdi timori, gelosie ed invidie.

In queste condizioni non desterà meraviglia l'esiguità del numero dei pazienti osservati e delle sedute che si poterono svolgere a questo scopo (in tutto sei); viceversa mi è sembrato incoraggiante e degno di nota che nonostante gli ostacoli incontrati il lavoro svolto abbia comunque potuto rivelarsi abbastanza bene accolto e desiderato dai pazienti, utile e promettente.

5.5. Note sul quinto incontro

Ho voluto esaminare con il paziente i vantaggi possibili derivanti dall'uso di una scultura rotante. Su questo metodo torneremo ancora, più avanti, con maggiore dettaglio.

5.6. Note sul sesto incontro

Ho voluto esaminare eventuali problemi del paziente connessi con l'uso di crete diversamente colorate (bianco e rosso mattone: *fig. 15*). Non sono stati rilevati problemi in proposito. Il paziente ha lavorato speditamente e con lena.

6. Riassunto dei dati anamnestici per il paziente F trattato con il metodo della scultura rotante

- Ritardato nella parola (2 anni).
- Incidente a sei anni (frattura e trauma cranico).
- Abbandona la scuola elementare senza ultimarla.
- Interruzione scolastica di due anni (dopo l'incidente).

- Immigrato, decenne, dal sud a Milano.
- In famiglia, 2 componenti sono tossicodipendenti, (uno, oltre loro, vive normalmente).
- In un episodio di qualche anno fa, si picchia col padre per difendere la madre.
- Lotta con gli spiriti e si ferisce col coltello al ventre.
- Delirio mistico. Interviene la forza pubblica. Allucinazioni uditive.
- Unico sostegno: la madre che a volte ventila una possibile separazione dal marito.
- Il padre si riferisce a lui con un epiteto dispregiativo: ("il matto").
- Passa molto tempo a letto; disoccupato, ex operaio.
- Fumo, caffè, mangiucchia continuamente.
- Dichiaro che secondo la propria religione (invenzione sua) una donna sposata ha obbligo sessuale con chiunque lo richieda.
- Partecipa all'atelier di creta con entusiasmo e con miglioramenti evidenti già sopra menzionati e accertati dal personale del servizio: secondo l'infermiera che ormai lo conosce bene "ha acquistato maggiore dignità e coscienza di sé: degno di nota è che si tratta di miglioramenti duraturi, poiché sono stati mantenuti da più di un anno dopo il trattamento con la creta".

7. Disegni illustrativi per la presentazione del metodo terapeutico della scultura rotante

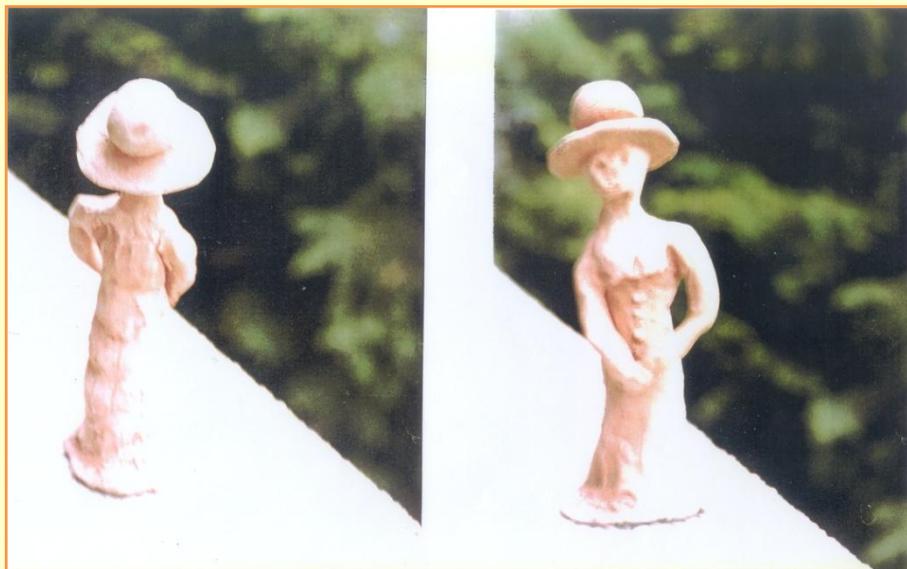


Fig.1

Fig. 2

Una signora a passeggio. Primo lavoro in terracotta del signor F.



Fig.3

Fig. 4
Il poeta di L.

Fig.5



Fig. 6
Il ragazzo col cane. Secondo lavoro di M.

Fig. 7

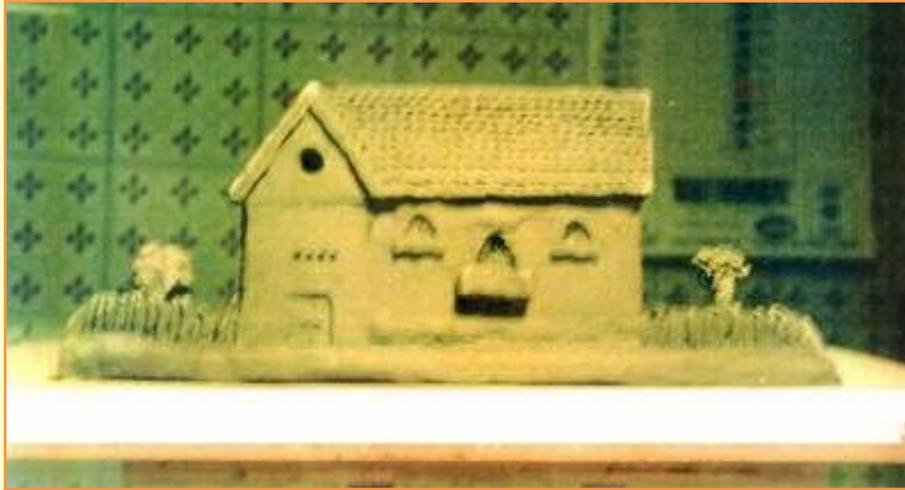


Fig. 8

Cascina su disegno di F.

La figura mostra la cascina (prima della cottura) esattamente come nel disegno originale di F

La cascina - una volta cotta - sarà coperta da un telo e montata su un disco girevole. Scoprendola il paziente vedrà la sua cascina esattamente come in figura 8 così come l'aveva disegnata, ma sarà libero di ruotarla per scoprire altre prospettive che esprimono più vita e apertura. Il paziente F potrà liberamente accettarle o rifiutarle manovrando l'angolo del disco.



Fig. 9

Questa figura mostra la cascina (prima della cottura) da un punto di vista diverso da quello del disegno di F.

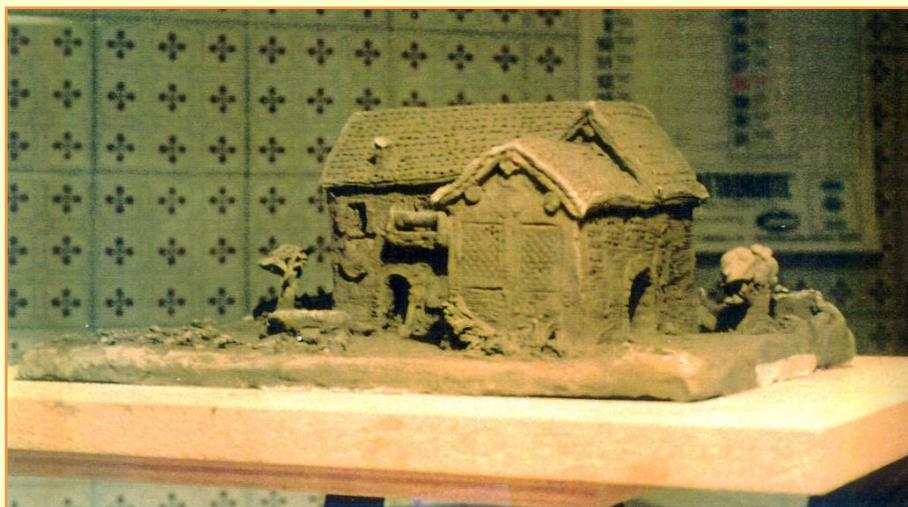


Fig. 10

La figura mostra un'altra veduta della cascina (prima della cottura), modellata per F.



Fig. 11

La figura mostra un'altra veduta della cascina (prima della cottura), modellata per F.



Fig. 12
La figura mostra la cascina ormai cotta. Si vede bene l'arco sotto il fienile che ha il tetto più basso



Fig. 13
La figura mostra il retro della cascina (non ancora cotta) visto dall'alto. Sono ben visibili le strade di accesso, il pozzo e la strada che attraverso l'arco, passa sotto il fienile



Fig. 14

La figura mostra la cascina dopo la cottura e in particolare si vede bene l'orto sulla destra, senza il recinto (a sinistra) come voleva il disegno di F. Il recinto è conservato su un lato (a sinistra) in segno di accettazione e rispetto verso l'espressione del paziente F, mentre invece è eliminato sugli altri lati in segno di possibile liberazione e apertura che il paziente può accettare o rifiutare ruotando il disco. Questa libertà di scelta è tipica del metodo della scultura ruotante e costituisce un notevole vantaggio ai fini terapeutici rispetto alla pratica del disegno speculare simmetrico spesso adottato in arteterapia. Il vantaggio si ottiene grazie all'uso della terza dimensione.



Fig. 15. Clown bicolore.

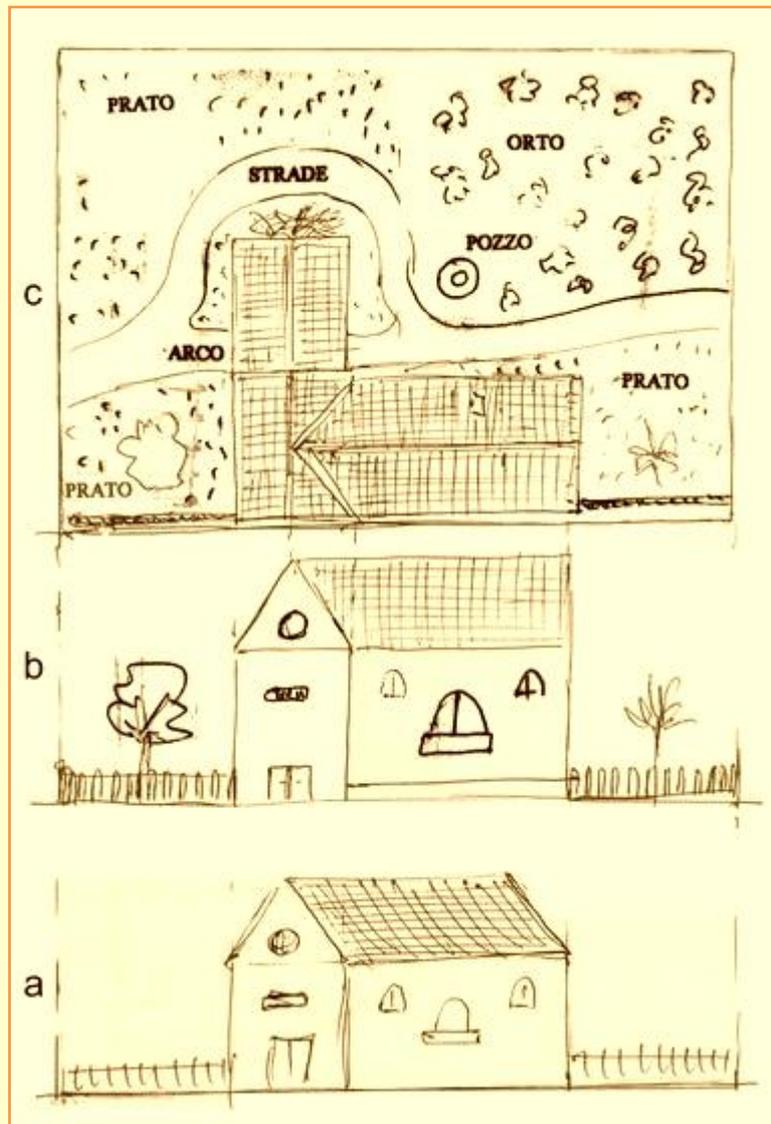


Fig. 16

a = schema della casa secondo le intenzioni di F.

b = disegno di F in cui l'idea "a" viene rappresentata con un errore di prospettiva: la parte posteriore non è inclinata come dovrebbe, il tetto è tagliato verticalmente.

c = interpretazione del disegno data da me: il disegno è stato valorizzato avendolo:

1 - interpretato come se fosse "giusto" e non errato.

2 - conformemente all'ipotesi 1, dal disegno è stato costruito un modello. La freccia indica il punto di vista preferito, contrariamente a quanto il suo disegno originario avrebbe potuto far presagire.

Bibliografia.

Del Corno, F., Lang. M. (1993). Terapie creative, in: Psicologia clinica, trattamenti in setting di gruppo. Franco Angeli.

Incarbone, S., (1998). Arte e scienza. L'arte nella fase nascente. (In: Roi, G., La bellezza dell'invisibile. L'ombra poetica del sintomo). F. Angeli, Milano, 1998.

Incarbone, S., (1998). La forma: riflessioni. In: La forma segreta a cura di Morpurgo E. et al. F. Angeli.

Parisi, D., (1978). Sui limiti del metodo sperimentale in psicologia. *Giornale italiano di psicologia*, 2, 241-254.

Roi, G., (1998). La bellezza dell'invisibile. L'ombra poetica del sintomo. F. Angeli. Milano.

Rubin C., (1999). Esperienze di musicoterapia. "Crescere con la musica". X. 3, 33-36. SGM, Milano