

**RITRATTO A MATITA DELLA PAZIENTE R**  
**1995 - CPS V. FANTOLI, MILANO.**  
**@2025Juccio Salvatore Incarbone**

Nel 1995, trovandomi in qualità di psicologo, nel Centro Psicosociale (CPS, ospedale Fatebenefratelli) di v. Fantoli a Milano, avevo cominciato a interessarmi all'applicazione dell'arteterapia nel trattamento dei malati mentali.

L'arte da me scelta in quell'occasione era la scultura mediante modellazione della creta che praticai con successo per alcuni pazienti in casi singoli di delirio, schizofrenia ed epilessia; visti alcuni risultati immediati e positivi raggiunti, una mattina – in una nuova saletta – a mia insaputa mi furono affidate due donne depresse che non conoscevo. L'incarico mi fu comunicato senza preavviso e senza alcuna precauzione in merito – pertanto consultai frettolosamente le cartelle cliniche prime di accedere alla saletta dove ero atteso dalle due signore di età sulla quarantina.

Di questo episodio conservo come ricordo la copia di un ritratto a matita da me eseguito perché richiesto da una delle due donne, R. Questa signora aveva tentato il suicidio sui binari di un treno ma all'ultimo momento era stata salvata da un coraggioso. L'incarico di trattare le due pazienti essendomi stato comunicato improvvisamente, ovviamente non avevo creta a disposizione.

In ogni caso anche questa seduta avrebbe dovuto essere di arteterapia, lasciando libera la scelta del tipo di arte da usare; a tutto ciò si aggiunga che questa era la prima volta che mi venivano affidate due depresse che, per giunta, appunto non conoscevo. L'incontro si presentava dunque un poco problematico ma comunque dovevo sbrogliarmela da solo.

Appena entrato, dopo un saluto, presi posto al tavolo, sul lato opposto a quello dove sedevano le due donne – volevo averle di fronte per meglio tenere d'occhio entrambe. Esse, in abiti grigi di tonalità chiarezza, stavano in atteggiamento un po' accasciato, vale a dire pesantemente appoggiate con entrambe le braccia sul ripiano, l'espressione vagamente malinconica. Sapevo che erano affette da depressione ma non mi pareva opportuno parlare subito dei loro disturbi. Comunque - con la matita in mano - ero pronto a prendere qualche eventuale appunto su un foglio.

La signora R ascoltava in silenzio le poche parole che, abbastanza sottovoce, scambiavo con la sua compagna depressa che stava al suo fianco. R appariva tranquilla e pure i suoi gomiti continuavano ad essere appoggiati sul tavolo. Dopo circa dieci minuti, anche per evitare di suscitare gelosie, cominciai a pensare che forse era il caso che parlassi anche con lei e rivolsi lo sguardo verso di lei, ma ecco che improvvisamente R – fino a quel momento taciturna – mi prevenne e disse con voce tranquilla, normale, senza cambiare espressione né posizione, rimanendo appoggiata al tavolo, guardandomi serenamente negli occhi:

*“Me lo fa un ritratto?”*

Non cambiai espressione ma rimasi intimamente sbalordito. Come già detto, era la prima volta che la vedevo e questa sua richiesta era davvero strana perché nessuno sapeva nel CPS che sapevo fare ritratti. Tuttavia il tono della sua voce, così serena e tranquilla, non ammetteva dubbi né deroghe ed io, all’istante, decisi che non volevo né potevo esimermi da ciò che mi aveva chiesto di fare: in caso contrario ero certo che l’avrei non solo delusa ma anche influenzata negativamente nei suoi sintomi di depressione, probabilmente peggiorandoli. Rifiutandomi le avrei certamente procurato un dispiacere, cosa da evitare data la sua condizione di depressione. Mi permisi perciò di rimanere imperturbabile anche se stavo riflettendo sulla situazione; mi sembrava favorevole comunque la circostanza di avere già in mano foglio e matita così avrei potuto iniziare senza movimenti “nuovi” potenzialmente suscitatori d’ansia.

Intanto la sua richiesta, fatta con voce chiara, serena, senza preamboli, così improvvisamente, aveva rotto il silenzio della sala. La guardai con più attenzione, in silenzio, cominciando a studiarne la fisionomia senza parere e mentre pensavo che non poteva sapere se ero - o no - in grado di farle un ritratto, allungai una mano e presi un foglio nuovo bianco mentre con l’altra continuai a tenere la matita.

In ogni caso, all’istante avevo arguito che – con la propria richiesta - ella desiderava un riconoscimento alla dignità della propria persona; riflettevo che nel suo stato depressivo, forse era naturale che si considerasse trascurata e persino bistrattata, offesa dal destino. Duplicare la sua fisionomia sulla carta avrebbe potuto per lei significare magari un’affermazione non trascurabile di sé e ciò – pensai – avrebbe potuto aiutarla ad alleviare, in

qualche modo, il suo stato depressivo, almeno per qualche momento più o meno lungo o persino duraturo – almeno a tratti ricorrenti – il che poteva esserle d'aiuto. Dato che ero capace di farle il ritratto, tanto valeva farglielo, magari le avrebbe giovato, sia pure occasionalmente...

Notavo e mi meravigliavo comunque che – eccetto qualche appunto scritto su un foglio - fino ad allora non avevo mai disegnato alcunché, lì in presenza delle due donne. Mi sembrava anche straordinario che non le conoscessi fino al momento della seduta, cioè fino a qualche decina di minuti prima; mi ripetevo in silenzio che R non poteva in alcuna maniera sapere se io personalmente ero in grado di fare addirittura dei ritratti, abilità del resto non comune quindi non prevedibile né da pretendere con una simile sicurezza – testimoniata dal tono tranquillo, normale e persino fiducioso della sua voce.

La richiesta fu per me rivelatrice dell'esigenza che gli psicoterapeuti hanno di conoscere le arti come mezzo di terapia e di scambio anche emotivo con i malati, pena il loro distacco, la delusione, la perdita di prestigio ed il probabile fallimento terapeutico.

In sostanza mi si rivelava la necessità - che ogni psicologo psicoterapeuta ha o dovrebbe avere - di conoscere e praticare le arti per il proprio mestiere, usandole così come il fisico usa la matematica o il medico la fisiologia e la chimica farmaceutica.

La richiesta di R testimoniava dunque l'immensa fiducia che i malati psichici hanno nelle capacità - anche artistiche - dei loro psicoterapeuti, capacità che questi a tutt'oggi non hanno perché non le hanno mai preparate né coltivate nei corsi di laurea.

Purtroppo bisogna riconoscere che una grande massa di studenti che s'iscrivono ai corsi di psicologia, lo fanno perché la ritengono materia relativamente facile, discorsiva, praticamente letteraria, ben poco "scientifica" nel senso che implica p. es. ben poca matematica, persino poca logica (di tipo della geometria) ed è inoltre per nulla artistica: infatti nemmeno si studiano materie "difficili" come disegno, pittura, scultura, musica, teatro, coreografia...; arti che tuttavia potrebbero invece essere mezzi potenti d'intervento con vari tipi di pazienti. La situazione è, a dir poco, deludente. A ciò si aggiunga la sfortunata situazione delle cosiddette

“scuole” di psicoterapia che frenano l’ingresso di nuovi psicologi nel mercato della psicoterapia; queste, in sostanza, sembrano funzionare al semplice scopo di spartirselo.

Tornando alle arti, ad es. studiare musica e canto potrebbe essere di grande aiuto per cogliere le *sfumature della voce del paziente*; noi europei distinguiamo così una frase affermativa da un’altra interrogativa; in realtà esistono lingue come il cinese, in cui una stessa parola, pronunciata con diverse intonazioni, ha significati diversi. P. es. “ma” può significare quattro cose distinte – a seconda del tono musicale scelto – cioè “mamma”, “una pianta piccante”, “cavallo”, “insultare”. Variando il tono della voce gli europei riescono distinguere solo frasi affermative da quelle interrogative ed anche alcune emozioni del parlante, ma non molto altro oltre a questo. Il cinese è dunque una lingua cantata e basta un momento di riflessione per comprendere che può essere anche piuttosto veloce dato che può usare “parole corte” che cambiano di significato solo grazie all’intonazione mentre noi europei possiamo distinguere i significati usando molte sillabe, a volte allungando così i tempi della comunicazione.

Studiare musica, del resto, può essere utile per *improvvisare* l’accompagnamento di una *danza di gruppo* in un contesto di *musicoterapia interattiva* (v. i nostri articoli in merito in [psicopoiesi.it](http://psicopoiesi.it)).

Tornando al nostro argomento, effettivamente il paziente s’aspetta molto dal terapeuta. Del resto è ben noto che la figura (affine) del medico, in generale è stata sempre sovrastimata dal paziente il quale è oppresso dalla malattia che vive come se gli fosse stata procurata da un impietoso destino, sicché il medico è automaticamente considerato l’unica possibile ancora di salvezza – capace di fare “miracoli” sicché in molte culture la medicina è associata alla magia, alla stregoneria e alla religione.

Bisogna invertire il suddetto stato di trascuratezza attuale; occorre convincersi che le arti sono indispensabili sostegni di una psicoterapia efficace e pilastri del progresso della psicologia sia teorica che applicata.

Si noti anche che la pretesa che la psicologia ha avuto d’imitare la fisica è del tutto irrealizzabile giacché mentre la fisica ha a che fare con grandezze monodimensionali, la psicologia ha a che fare con le forme che non sono misurabili: non ha senso domandarsi se un quadrato sia “più” di un

triangolo. P. es. la forma dell'intelligenza è diversa da un individuo all'altro. I cosiddetti test d'intelligenza si riferiscono a procedure e a paradigmi di riferimento ben precisi, prefissati convenzionalmente, che non possono in alcun modo dare una visione d'insieme dell'intelligenza di un individuo. Analogo problema ha la biologia poiché vegetali e animali non possono essere studiati senza fare riferimento alle forme p. es. del corpo intero o di una sua parte o aspetto. Sono necessarie dunque delle immagini dove si veda una figura corrispondente. Ciò non toglie che ad ogni specie o forma si possa associare un numero che tuttavia diventa un "nome", ma non può assolutamente assurgere a grandezza variabile con continuità.

Persino la fisica è impotente rispetto alle forme e in alcuni fenomeni è costretta ad ammettere i "fattori di forma" che non sono calcolabili né precedibili in valore, ma soltanto misurabili sperimentalmente e validi non in generale, ma unicamente in relazione al caso particolare e vanno quindi determinati da caso a caso, di volta in volta, sperimentalmente.

Torniamo ora al ritratto che consegnai a R dietro sua richiesta. Pensai che poteva essermi utile farne una copia, così andai alla fotocopiatrice: è qui riprodotto; il formato dell'originale e della copia è A4.

Il ritratto di R fu da me eseguito a matita. Lo realizzai facilmente perché la paziente non si mosse, rimanendo immobile per tutto il tempo necessario. Eseguendolo, glielo mostrai ed ebbi la soddisfazione di vederla raggiante, in estasi mentre sembrava specchiarsi e quasi ammirarsi nella "duplicazione" di sé stessa.

Mi trovai così, ancora una volta, di fronte al fenomeno psicologico dell'*estasi* che considerai come "*estasi terapeutica*" la quale punteggiava ogni volta un miglioramento del paziente: questo miglioramento era oggettivo, infatti il paziente migliorava il proprio aspetto, la pulizia e l'ordine del vestiario e della persona, i lineamenti si facevano sempre più regolari e meno sofferenti, migliorava insomma la qualità della sua vita e – cosa anche più sorprendente – ciò si verificava puntualmente dopo una, due o al massimo tre sedute.

Desideroso di verificare se il miglioramento fosse stabile o solo transitorio, a distanza di un anno telefonai e presi appuntamento con il paziente F, affetto da delirio mistico. Il suo aspetto era effettivamente totalmente cambiato:

l'infermiera che lo conosceva e lo incontrava nel CPS, mi lo confermò decisamente; non solo era migliorato l'aspetto ma anche il delirio si era fatto meno grave, pensava di sposarsi e si vestiva bene e in ordine...

Ciò mi confortò nelle mie aspettative; a distanza di due anni, in un convegno incontrai il responsabile del CPS, un medico psichiatra che mi disse che i pazienti avevano chiesto di continuare gl'incontri di arteterapia con me. Conoscendo le assurdità delle regole burocratiche non stetti neanche a domandargli perché non mi avessero chiamato.

Era il direttore del CPS e se avesse seriamente voluto e apprezzato il mio lavoro e il mio successo con i pazienti, avrebbe potuto chiamarmi.

Lui era la stessa persona alla quale avevo consegnato la relazione sui miei incontri d'arteterapia con la creta; presala cortesemente in mano aveva detto: "ecco, la metto qui nell'armadio anche se so che non la leggerò mai!" Ed erano le stesse parole pronunciate dal mio "tutor" psicologo quando gli consegnai una copia di quella mia stessa relazione!

Ricordo comunque con grande soddisfazione quanto i pazienti fossero felici di partecipare alle mie sedute di arteterapia; una volta la paziente L, epilettica, mi venne incontro nel corridoio del CPS esclamando più volte a braccia aperte: "Ecco il nostro sole!"

Ero dunque approvato dai pazienti e da loro desiderato come loro psicoterapeuta, ma ignorato dalle autorità "preposte" alla conduzione del CPS. Teoricamente avrebbero dovuto desiderare il vantaggio dei pazienti e il successo delle cure!

Ora, qui di seguito, ecco il ritratto di R, visibilmente contenta mentre sta immobile, in posa, per farsi ritrarre.



*La signora R depressa; copia del ritratto da lei richiesto e da me, suo occasionale psicoterapeuta, eseguito a matita nel 1995, CPS Milano.*