

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
FACOLTÀ DI PSICOLOGIA

Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche

Elaborato finale

La Sindrome di Stendhal: fra psicoanalisi e neuroscienze

Relatrice :

Prof.ssa Sabrina Cipoletta

Laureando : Riccardo Onor

Matricola : 1141487

Indice

<i>Introduzione</i>	Pag. 1
Capitolo I La sindrome di Stendhal	
1.1 Etimologia e origini	Pag. 2
1.2 La sintomatologia psicosomatica	Pag. 3
1.3 Trattamento	Pag. 5
1.4 I pregressi clinici : Magherini e la Basilica di Santa Croce	Pag. 6
1.5 Alcuni casi : Franz, Caterina e Kamil	Pag. 7
Capitolo II Due visioni a confronto	
2.1 L'interpretazione psicoanalitica	Pag. 11
2.2 La spiegazione neurobiologica	Pag. 13
2.2.1 Il ruolo dei neuroni specchio	Pag. 13
Capitolo III Neuroestetica : una chiave di lettura	
3.1 L'intreccio tra l'estetica e le neuroscienze	Pag. 15
<i>Conclusioni</i>	Pag. 18
Bibliografia	Pag. 19
Ringraziamenti	Pag. 20

Introduzione

La sindrome di Stendhal rappresenta una rara condizione psichiatrica caratterizzata da stati di panico, paranoia, vertigini, ansia, disturbi affettivi e del pensiero, a seguito dell'esposizione ad artefatti storici, opere artistiche, o ad una prolungata visione di molte di esse contemporaneamente.

Il turismo è stato classificato come una potenziale causa dei processi emozionali che si instaurano in un individuo nel momento di pianificazione di un viaggio, che non assume più lo scopo di puro percorso culturale ma di analisi introspettiva individuale.

Studi già esistenti riportano come responso episodi di scompenso psichico a seguito di visite in luoghi geograficamente e culturalmente distinti, la cui manifestazione clinica viene riportata da un ampio intervallo di turisti.

La ricorrenza dei sintomi, ha posto l'attenzione di diversi ricercatori nei confronti della sindrome di Stendhal, e le sue varianti, da una prospettiva medico-scientifica.

Questo elaborato si propone di confrontare gli studi inerenti agli ultimi decenni in merito alla sindrome, considerando le interpretazioni psicoanalitiche e le spiegazioni neurobiologiche, con riferimento al ruolo svolto dai neuroni specchio, i quali hanno posto in essere gli aspetti scatenanti della stessa, enfatizzando la rilevanza degli studi neuroestetici come approccio promettente di studio, e offrendosi come nuovo paradigma per l'esaminazione di tale fenomeno.

Capitolo I — La sindrome di Stendhal

1.1 Etimologia e origini

L'origine etimologica della Sindrome di Stendhal, nominata anche Sindrome di Firenze, per l'entroterra fiorentino in cui maggiormente si è verificata, è estraibile dalle emozioni riportate nelle opere dell'autore francese Beyle di cui ne sono parte "Rome, Naples et Florence" del 1817, "Promenades dans Rome" del 1829 e "Mémoires d'un touriste" del 1838, dove lo scrittore registra l'evento del viaggio non soffermandosi alla sola valenza culturale ma astraendo una vasta scala di reazioni psichiche.

Stendhal in prima persona parla nei suoi scritti della ricca cultura storica italiana spiegata attraverso la connessione tra arte e le emozioni forti interne, di cui in prima persona ha sperimentato la debilitante condizione di euforia alternata a brevi episodi di palpitazione e stordimento, tale da etichettare il fenomeno come "la malattia dell'arte" o "la malattia del viaggio".

In particolare, si fa riferimento a quanto riportato in Rome, Naples e Florence, dove lo scrittore racconta in dettaglio la crisi che lo spinge ad uscire all'aperto, in seguito alla visione delle Sibille del Volterrano e del Giotto di Bondone nella Cappella di Santa Croce a Firenze, nella piazza per risollevarsi da una vertiginosa attrazione di storia accumulata nel corso dei secoli incise sulla pietra secolare che adorna la basilica e la città.

Il diario di viaggio, trascritto poi nel tomo, di Stendhal (1817) riporta: "Ero già in una sorta di estasi all'idea di trovarmi a Firenze (...) assorbito nella contemplazione della bellezza sublime, la vedevo da vicino, la toccavo per così dire. Ero giunto a quel livello d'emozione dove si incontrano le sensazioni celestiali date dalle arti e i sentimenti appassionati. Uscendo da Santa Croce ebbi un tuffo al cuore, la vita per me si era inaridita, camminavo temendo di cadere" (p. 211).

Altri autori, oltre a Stendhal, hanno narrato nella letteratura dell'800 e del secolo avvenire, di un forte impatto alla vista di città ed opere artistiche italiane, in particolar modo Roma, la quale viene vissuta da una parte come capitale religiosa e dall'altra come epicentro della cultura occidentale.

Tra di essi si annoverano Goethe (1786) che affronta un lungo itinerario dove i luoghi visitati tornano alla coscienza come immagini interiori prima di essere superati nella progressione del viaggio stesso attraverso un fenomeno di integrazione introspettiva, e Sterne, fautore del modello del "viaggio sentimentale" il cui concetto viene riportato nel

libro del 1768 intitolato “A sentimental journey through France and Italy” su cui indica la compresenza di stati emotivi differenti dove il viaggio stesso muta in una sorta di movimento esistenziale.

Ciò che riunisce gli scrittori citati è la concezione di un uomo moderno che vive l'intero percorso del viaggio come evento sentimentale, discontinuo e irregolare, caratterizzato da un'emozionalità non più basata sui parametri dell'ammirazione classico-retorica, dove non è più viaggiatore classico ma soggetto esposto su un piano inclinato, dove si manifestano richiami multipli primordiali non completamente decifrabili.

Nel dettaglio, il nome di sindrome di Stendhal fu attribuito al disturbo in questione dalla dottoressa Magherini, responsabile del servizio per la salute mentale dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Firenze, che per la prima volta lo descrisse in termini scientifici riportandolo nel libro del 1979, denominato “La sindrome di Stendhal.

Il malessere del viaggiatore di fronte alla grandezza dell'arte”, l'insieme di casistica astratta dai turisti stranieri provenienti dalle visite ai luoghi d'arte della città fiorentina, facendo riferimento ai sintomi riportati dagli scritti di Stendhal associandone il nome.

1.2 La sintomatologia psicosomatica

Il quadro clinico che si compone intorno ai casi riportati dalla Magherini nell'opera “La Sindrome di Stendhal. Il malessere del viaggiatore di fronte alla grandezza dell'arte”, descrive la sindrome di Stendhal come un'affezione psicosomatica, di breve durata temporale e dall'insorgenza precoce e improvvisa, provocante sintomi comuni, e non, quali tachicardia, capogiri, vertigini, confusione e fenomeni di varia natura allucinatoria in soggetti posti al cospetto di opere d'arte di incommensurabile bellezza, in particolar modo se compresse in spazi ristretti.

Sebbene essa non rientri nei manuali odierni di psicologia, è possibile comunque inserirla nei disturbi psicomatichi a carattere transitorio, i quali si caratterizzano per la compresenza di attacchi di panico, depersonalizzazione e derealizzazione, lasciando il soggetto colpito in una sorta di estasi contemplativa.

In genere i sintomi sono lievi e passeggeri, nonché tendono ad attenuarsi nel momento in cui il soggetto si allontana fisicamente dall'opera d'arte che li ha scatenati.

Nella casistica magheriniana sono presenti anche episodi singoli dove la sintomatologia è possibile riscontrarla per ore o, in certi casi, per qualche giorno, e casi che segnano l'inizio di un disturbo bipolare, la cui sintomatologia somiglia molto a quelle degli stati deliranti o delle crisi transitorie pseudo-epiletiche.

In un'ottica clinica a struttura piramidale si individuano tre quadri sintomatologici, il primo dei quali risulta essere il meno grave, caratterizzato da attacchi di panico, palpitazioni, difficoltà respiratorie, dolore toracico e vertigini; a seguito di questi sviluppi si incorre nel secondo quadro clinico che si caratterizza essenzialmente per la compresenza di crisi di pianto accompagnate da acuti stati depressivi, immotivati sensi di colpa e d'angoscia, o, in modo diametralmente opposto con stati di sovraeccitazione; la sintomatologia tende ad aggravarsi al raggiungimento del terzo quadro, dove si manifestano disturbi del pensiero, con alterata percezione sonora e visiva, nonché un senso persecutorio dell'ambiente circostante ma a differenza delle restanti tipologie essa si manifesta frequentemente in persone con precedenti scompensi a carattere psicopatologico, che tuttavia, si trovavano prima della partenza in uno stato di compenso; durante la crisi, : “si animano vicende profonde della realtà psichica e si riattiva la vitalità della sfera simbolica e personale. (...) il viaggio diventa pure, nelle sue soste tanto attese nelle città sognate, un'occasione di conoscenza di sé” (Magherini, 2003, p. 109).

Le opere che possono generare la sindrome di Stendhal sono diverse a seconda di chi le ammira, anche se si è astratto che è più probabile che tale disturbo venga a verificarsi nel momento in cui il soggetto è al cospetto di opere cariche di significati simbolici, ambivalenti, sensuali e perturbanti che possono andare a colpire aspetti dell'inconscio inesplorati o rimossi.

Questo disturbo non si verifica esclusivamente a Firenze ma si estende con altre forme e nominativi a Gerusalemme, ad Airaud, a Venezia, a Roma e a Parigi, raggruppandosi per un minimo comune denominatore raffigurato dall'insorgenza improvvisa di uno scompenso psichico acuto nel corso del viaggio stesso, intrapreso di norma in solitudine in luoghi fortemente suggestivi ed ambienti capaci di indurre forti reazioni emozionali; difatti la sindrome di Parigi, descritta nel 1986 dal psichiatra giapponese Ota (1991) all'interno del tomo da lui redatto intitolato *Pari shôkôgun*, dove ha luogo un'ampia e diversificata casistica di turisti affetti dalle sensazioni riportate da Stendhal nonché una maggiore sensibilità visiva in merito alla rifrazione del colore, e lo stesso con la sindrome di Gerusalemme, descritta dal Dr. Bar-El e colleghi (2000) nel *British Journal of Psychiatry*, che riporta un'esaltazione della sintomatologia combinata dalla compresenza di simboli a carattere artistico-religioso.

La sindrome di Venezia, differentemente dalle precedenti, fa riferimento ad una precisa condizione comportamentale che in Italia ha registrato la presenza di 51 soggetti, uomini e donne, provenienti da Germania, Francia, ed altre parti del mondo predisposte a

commettere atti suicidi in quanto non capaci interiormente di assimilare il valore storico e culturale della città; la sua variante è rappresentata in un certo modo dalla sindrome di Roma, fondata sui stessi presupposti della sindrome di Gerusalemme, i cui caratteri scatenanti la sintomatologia sono a sfondo religioso.

Recentemente, un largo numero di reperti clinici in merito alla Sindrome di Stendhal è stato discusso intensamente in un'istanza del 2005, nella quale Amâncio, neurochirurgo brasiliano ha riportato il caso di Dostoevskij, romanziere russo che nel corso dei suoi viaggi ha manifestato i sintomi descritti.

Il ricercatore Nicholson (2009) riportò un caso dettagliato nel British Medical Journal Case Reports, in merito ad un episodio di paranoia-psichica suscitata da un signore anziano in visita nella città fiorentina, e più precisamente in seguito alla visione di Ponte Vecchio, la cui sintomatologia portava l'uomo stesso a sentirsi soggetto di un ambiente persecutorio.

La stimolante relazione tra il turista e la destinazione lascia un profondo impatto nella mente dell'osservatore che rimane influenzato dall'esperienza, culminando in sintomi a carattere clinico come i pazienti di cui riportato.

1.3 Trattamento

Nei casi in cui la sindrome di Stendhal si verifica non è necessario un intervento tempestivo, poiché la reazione psicofisica è transitoria e si risolve allontanandosi dall'opera soggetto di squilibrio individuale, come identificato dalla Magherini stessa, auto risolvendosi in un arco di tempo relativamente breve.

Quando i sintomi tendono a persistere nel corso del tempo e nella loro intensità, risulta necessario l'ausilio di una figura medica, la quale a seguito di un'attenta valutazione, adotta l'utilizzo di tranquillanti.

Nel caso in cui la sindrome venga associata a disturbi differenti i trattamenti risultano essenzialmente di carattere psicoterapeutico e/o farmacologico.

Nei trattamenti psicoterapeutici vengono adottate generalmente tecniche che prevedono l'ausilio di terapie cognitivo-comportamentali di psicoterapia familiare o di gruppo, e psicoterapia psicodinamica.

In altre situazioni potrebbe essere necessario ricorrere alla somministrazione di farmaci tranquillanti, come ansiolitici, stabilizzatori dell'umore, antidepressivi o neurolettici affinché sia possibile placare lo stato di agitazione o ansia che il paziente manifesta.

Tipologia e dosaggio del farmaco devono essere stabiliti dal medico dopo l'esecuzione di un'accurata visita.

Il momento essenziale si verifica a seguito del trattamento, ossia nel passaggio delle dimissioni dall'ospedale dove viene imposta una scelta e una decisione qualificante la natura stessa della crisi: se tornare a casa, con tutto ciò che questo comporta in termini di resa alla condizione di sempre, o piuttosto continuare il viaggio.

1.4 I pregressi clinici: Magherini e la Basilica di Santa Croce

La Dottoressa Magherini nel 1979 riportò l'insieme di casistica da lei riscontrata nell'opera "La sindrome di Stendhal. Il malessere del viaggiatore di fronte alla grandezza dell'arte", da cui fu possibile astrarre una classificazione dei soggetti analizzati, identificando alcuni comuni denominatori come il sesso maschile, l'età compresa fra i 25 e i 40 anni, un buon livello di istruzione, la provenienza dall'Europa Occidentale o dal Nord America, e la constatazione che i soggetti erano viaggiatori singoli con un certo interesse per l'aspetto artistico del loro itinerario.

L'esordio del disagio nella maggior parte dei casi venne riscontrato a seguito di un breve lasso temporale di permanenza dopo l'arrivo a Firenze, di norma nei musei stessi o nelle camere d'albergo.

Inizialmente i sintomi riportati non furono ascrivibili e collegabili ad un distinto disturbo psichiatrico, bensì inglobavano più aree della tradizionale psicopatologia, dalla psicotica alla nevrotica/dissociativa.

Dei 106 turisti analizzati dalla Magherini è stato possibile riscontrare differenti manifestazioni di disturbo del pensiero, distorsioni senso-percettive, allucinazioni uditive, cenestofrenie, disturbi affettivi, il cui umore si orienta in senso depressivo con contenuti oltimici di colpevolezza, o, viceversa, di euforia.

Negli studi condotti su di essi risulta che un totale di 66 % dei pazienti ha riportato principalmente sintomi neuropsichiatrici, il 29 % severi disordini dell'umore e un 5 % effetti indotti dagli attacchi di panico e dai problemi cardiovascolari.

A seguito delle osservazioni sui turisti affetti dalla sindrome di Stendhal, la dottoressa Magherini propose una variante clinica della condizione, particolarmente in riferimento alla scultura di Michelangelo dell'eroe biblico David, il quale sembrò aumentare i livelli di piacere sessuale, di attrattività estetica e di una certa profonda rappresentazione, in paragone, della fisica perfezione, causando serie disfunzioni sessuali;

Magherini stessa identificò la variante come la sindrome di David, descrivendola come “la fusione della libido e dell’arte” (Magherini, 2007); è notevole dire che l’aspetto estetico della sindrome non è causato esclusivamente dai lavori artistici umani, in quanto in presenza di un elemento naturale attrattivo si produce un responso fisiologico vicino all’eccitazione sessuale.

1.5 Alcuni casi: Franz, Caterina e Kamil

Per poter porre le basi per una più dettagliata analisi di ciò che la sindrome rappresenta nei soggetti colpiti si riporta alcuni casi trascritti dalla Dottoressa Magherini (1995).

Tra di essi si annovera la figura di un signore bavarese denominato Franz, il cui viaggio turistico ha avuto come tappe Venezia, Vicenza e Firenze.

Si considera che il soggetto analizzato ha un’alta conoscenza culturale al di sopra della media che gli ha permesso in passato una precisa costruzione del viaggio turistico che ha scelto di intraprendere.

La Dottoressa Magherini trascrive che l’arrivo a Firenze non ha su di lui particolari effetti ma la visione di un quadro preciso, il Bacco Adolescente di Caravaggio, situato nella Galleria degli Uffizi, destabilizza il soggetto avvinto da un’attrazione sessuale di ambigua natura, capace di invaderlo integralmente, da cui sono suscitati un insieme fenomenologico di sintomi quali oppressione cardiaca, sudorazione e una tenue sensazione di svenimento.

Nella crisi manifestata si astrae, a seguito del colloquio clinico, la presenza di elementi irrisolti della sua personale crescita psicosessuale, fagocitati dall’impatto con l’ambiente scintillante dei colori presenti nella Galleria degli Uffizi.

Franz sembra vivere costruendo intorno a un doloroso problema di pulsioni omosessuali non accettate una sorta di stratificato costruito perlaceo, di attraente sublimazione estetica che attraverso gli spostamenti dell’interesse resi possibili dall’arte, gli eviti il contatto diretto con ciò che è causa di dolore; a ciò è conseguita la rimozione di lati passionali della sua personalità, toccando in tal modo una zona del proprio rimosso.

L'aspetto artistico con la sua caratteristica trasfigurante i contenuti permette una attenta modulazione dell'angoscia, eliminando in tal modo la barriera della rimozione.



[1] Bacco Adolescente, Caravaggio (1596)

Un altro paziente che è stato ricoverato in seguito ad uno scopenso psichico nell'ospedale fiorentino è Caterina, maestra d'asilo di origini svizzere, giunta accompagnata a Santa Maria Nuova in uno profondo stato di smarrimento, da cui si evince un certo distacco dalla realtà e un forte mutismo.

Gli viene prescritto un giorno di riposo, accompagnato da un blando trattamento farmacologico, a cui consegue l'adozione di un percorso rapido di riabilitazione attraverso l'uso di immagini.

Si coglie dagli scritti che la ragazza porta con sé e dai risultati del trattamento, che l'opera artistica suscitante un tale squilibrio interiore è la Primavera di Botticelli, opera che ha creato un abbattimento passionale, un'attesa di bellezza, che per la ragazza si è realizzata velocemente in uno stato intenso di sofferenza, con riferimenti in merito ad aspetti e vicende personali non assimilati.

Lo scopenso psichico ha culminato con l'esordio degli stati descritti anteriormente.



[2]

[2] Primavera, Botticelli (1482)

Un terzo soggetto di cui è opportuno parlare, vista anche la preparazione culturale con cui ha affrontato il viaggio che lo ha portato a incorrere nella sindrome, è Kamil, un giovane uomo cecoslovacco, la cui formazione artistica è sopra la media generale.

L'itinerario del viaggio studiato e allestito con cura ha compreso Trieste, Verona, Milano, Firenze, la cui sosta è stata maggiore, e Venezia.

Ciò che ha fagocitato lo scompensamento psichico in Kamil è stata la visita alla cappella Brancacci, collocata temporalmente verso la fine della sua permanenza in città quando ormai aveva già accumulato interiormente diverse esperienze estetiche.

La sensazione esordita alla sola vista interna della cappella ha portato l'uomo ad uno stato di appesantimento fisico suscitante l'incapacità di movimento.

Solo attraverso il suo Io, così si astrae dagli scritti magheriniani, Kamil ha potuto recuperare una sensazione di sicurezza, una sorta di contenitore capace di accogliere emozioni profonde infantili, evocate potentemente dall'esperienza estetica.

L'uomo descrive come l'incontro con l'opera del Masaccio sia stato reale negli effetti emotivi prodotti per la sua compiutezza e la sua totalità.

Kamil visualizza la trasformazione di sé in rapporto a questa esperienza con l'immagine di una piramide, dove la stessa rappresenta il viaggio e l'insieme di ciò che c'è stato prima di esso, dando spazio alla base alla personalità.

L'immagine del moto verticale del Sé all'interno della piramide, moto che determina nel Sé un progressivo restringimento, sembra raffigurare un restringersi del legame con le abitudini che definiscono e caratterizzano il Sé dell'uomo stesso.

Kamil prova a riportare le sensazioni di un'esperienza a tratti indicibile in quanto da un lato si manifesta la sofferenza per l'aria rarefatta, in cui la personalità si trova quando si vive come personalità staccata, disidentificandosi e separandosi dalla base dell'esperienze passate, dall'altro il fatto stesso che ogni espansione del campo del Sé deve essere vissuta per essere tollerabile, come ri-organizzazione entro un contenitore allargato e indefinito.



[3]

[3] Cappella Brancacci, Masaccio

Analizzando nella loro interezza i casi riportati, è possibile notare che il viaggio è stato interrotto in modo più frequente da coloro che hanno avuto prevalenti disturbi del pensiero e che avevano precedenti psichiatrici.

Considerando i dati mediante modelli matematici si è visto che la caratteristica dei precedenti psichiatrici condiziona e indirizza più consistentemente l'esito del viaggio; infatti, per i pazienti con tali precedenti la probabilità di interrompere il viaggio può essere considerata pari a 8 volte quella attribuibile ad un soggetto senza precedenti.

Tali caratteristiche citate risultano fra loro associate, difatti la probabilità per una persona con precedenti psichiatrici di presentare una forma in cui prevalgono i disturbi del pensiero è apparsa 5,5 volte superiore a quella relativa a una senza precedenti.

Le componenti obiettive come quelle analizzate con i metodi statistici e le altre rilevabili dalle singole biografie dei pazienti, come nei casi di Franz, Caterina e Kamil, si intrecciano influenzandosi reciprocamente, in misura varia, nel determinare l'evento di crisi e il ricovero, in un'ottica di complesso spostamento tra fattori di rischio e fattori protettivi, i quali possono essere insiti nella persona per ragioni genetiche o per acquisizione nel corso dell'esistenza, o, nuovamente, per il complesso degli eventi e dell'ambiente nella quale la persona stessa si trova coinvolta.

I vari fattori predisposti assumono una diversa evidenza nei singoli casi: dalla prevalenza della forza di alcuni conflitti interiori a quella dello sradicamento dall'habitat quotidiano, fino alla modalità del viaggio consumistico con aspetti di voracità e avidità nei confronti delle opere artistiche.

Psichiatri e psicologi concordano nel ritenere che esista una stretta e complessa relazione fra il tipo di evento reale, il modo di viverlo, la struttura della personalità, l'assetto interno e la storia personale (Innocenti C. et. al., 2014).

Capitolo II Due visioni a confronto

2.1 L'interpretazione psicoanalitica

Numerosi psicoanalisti (Lucignani & Pinotti, 2007) a partire da Freud, il quale si identifica nei sintomi riportati dalla sindrome a seguito della visita alle Acropoli ateniese, si sono dedicati all'interpretazione delle opere d'arte, della creatività artistica e della risposta percettiva dei fruitori, concordando l'esito che gli artisti nell'affermarsi attraverso le loro opere comunicano conflitti infantili profondi, comunicanti con l'inconscio, fantasie edipiche represses interiormente sfocianti poi nella produzione, come accade nei sogni.

Alcune interpretazioni psicoanalitiche della stretta correlazione tra il complesso edipico e il concetto stesso di opera d'arte sono state quelle di Chasseguet-Smirgel (Innocenti C. et. al., 2014), che delineano come lo spettatore possa trovarsi davanti ad aspetti profondi emergenti dal contatto con l'opera d'arte attraverso un processo simile a quello dell'insight analitico mutando in fonte di piacere, o di E. Kris (Innocenti C. et. al., 2014), il cui pensiero pone l'esistenza di un linguaggio artistico sotteso capace di trasmettere impulsi e conflitti profondi capaci di dimostrare come l'osservatore attraverso la contemplazione delle opere artistiche può trovarsi in sintonia con i propri elementi conflittuali, cercando di renderli tollerabili.

Questo autore per comprendere le basi del rapporto tra fruitore ed opera artistica adotta il concetto di “illusione estetica” come situazione che rappresenta l’oggetto, la quale è vissuta in un equilibrio tra allucinazione, intendendola come eccessivamente veritiera, e partecipazione emotiva; tale situazione permette al fruitore un ampio spazio espressivo che in condizioni differenti, causa i conflitti interiori, non si sarebbe verificato.

Nel cogliere il concetto preposto bisogna considerare fondamentale lo spostamento delle cariche di energia tra i sistemi psichici e l’intervento dell’Io, dove quest’ultimo in una prima fase abbassa il controllo e attua un’interazione nei confronti dell’Es, ed è in questa fase che l’opera artistica domina il fruitore; nella fase seguente l’Io afferma quella che è la sua posizione, considerando gli aspetti individuali, la struttura dell’opera, ed i mezzi espressivi adottati.

L’interpretazione magheriniana della sindrome di Stendhal poggia su differenti teorie psicoanalitiche, dalle quali è possibile astrarre, in termini di formule, un rapporto diretto dove la fruizione artistica è data dall’esperienza estetica primaria tra madre e bambino, dall’evento perturbante, dall’altresì definito “fatto scelto” e dalla “F” dove per fatto scelto viene inteso il primo incontro che avviene tra il bambino e il volto, il seno e la voce materna, fornendo, di riflesso, un primo contatto col concetto di bellezza.

L’evento perturbante, invece, è un concetto freudiano che racchiude in sé un’esperienza conflittuale passata, intensa e significativa dal punto di vista emotivo, concepita come rimossa, di enorme importanza per l’emotività individuale dell’infante che ritorna prepotentemente attiva nel momento in cui avviene l’incontro con l’opera d’arte e, in particolar modo, col “Fatto scelto”, citato anteriormente, che si traduce in un dettaglio unico su cui lo spettatore pone il suo focus, richiamando vissuti personali dall’alto impatto significativo.

Secondo il saggista James Hillman, la sindrome di Stendhal potrebbe essere considerata, pertanto, una sindrome archetipica e le manifestazioni patologiche che essa comporta, una rappresentazione mitica, o “mimesis”, di un modello archetipo.

La crisi interna che viene dunque a verificarsi può essere letta come espressione necessaria a oltrepassare i limiti dell’ordinario come spinta alla riscoperta di tendenze psichiche profonde.

2.1 La spiegazione neurobiologica

Dietro i responsi clinici, connessi ai vari aspetti socio-culturali e religiosi del viaggio, c'è una solida struttura analitica degli eventi che conducono ad analizzare la sindrome di Stendhal da un punto di vista prettamente neurobiologico, considerando l'esaminazione della regolazione genetica, molecolare, dei meccanismi di segnalazione cellulare, delle vie biochimiche e dei collegamenti neuronali sottostanti tale condizione.

Le ricerche (Ramachandra & Hirstein, 1999) condotte in ambito neurobiologico sul rapporto tra arte e psicopatologia, attraverso lo studio delle basi anatomiche e fisiologiche della creazione artistica e della sua fruizione, fanno riferimento ad alcuni assunti fondamentali ossia che le arti visive obbediscono alle leggi del cervello visivo nel momento in cui l'opera viene ricreata, e che le stesse sono un'estensione del cervello visivo la cui funzione è l'acquisizione di nuove conoscenze.

Alcuni studi (Calcinotto & Ivaldi, 2016) mettono in evidenza come primariamente i soggetti affetti da questa patologia sperimentano forti stimolazioni a livello di regioni cerebrali (amigdala, gangli basali, ipotalamo, lo striato ventrale e la corteccia orbito frontale) deputate al funzionamento della memoria emotiva, dell'emozione, della sfera affettiva e volitiva, della pianificazione ed esecuzione motoria, dell'umore e della regolazione neuroendocrina, e dei neuroni specchio, i quali originano un meccanismo definito come simulazione incarnata dove si verifica un responso esagerato di certi circuiti neuronali, di cui approfondiremo oltre.

2.1.2 Il ruolo dei neuroni specchio

Gli storici lavori di Charles Le Brun (1996) e di Paul Ekman (2007) avevano già cominciato a svelare le basi generali sottese alla correlazione fra emozioni ed espressioni fisiognomiche, e l'attuale ricerca neuro scientifica ha cominciato a fornire un quadro delle basi neurologiche della comprensione implicita delle emozioni, fondata sul sistema dei neuroni specchio e sul meccanismo della simulazione incarnata, per la cui realizzazione appare cruciale l'integrità del sistema senso motorio in quanto responsabile della ricostruzione di quello che un soggetto sperimenta durante una precisa emozione.

I neuroni specchio sono stati scoperti per la prima volta nell'area premotoria F5 del cervello di una scimmia, e sono una popolazione neuronale che si attiva non solo quando vengono eseguite determinate azioni ma anche quando si osserva la stessa azione eseguita da un altro soggetto.

Diversi studi neurofisiologici (Calcinotto A. et. al., 2016) eseguiti con metodi sperimentali variegati hanno dimostrato che anche il cervello umano è dotato di un sistema di neuroni specchio localizzato in regioni parieto-premotorie capaci di codificare le azioni osservate sugli stessi circuiti nervosi che ne controllano l'esecuzione.

Con l'ausilio del meccanismo della simulazione incarnata mediata dai neuroni specchio, l'osservazione di un'opera d'arte si può verificare nell'osservatore in maniera automatica, non consapevole e pre-riflessiva.

La stessa Magherini, con riferimento a quanto riportato, nel tomo "La sindrome di Stendhal. Il malessere del viaggiatore di fronte alla grandezza dell'arte", pone lo sguardo sulle recenti scoperte eseguite nel campo dei neuroni specchio e dei meccanismi relativi alla simulazione incarnata, fornendo sostanza ad un costrutto che non appare totalmente privo di fondamento scientifico.

Se è stata portata avanti la tesi secondo cui provare un'emozione e osservare la stessa provoca l'attivazione della medesima struttura neurale, l'insieme dei meccanismi sottostanti sarebbero capaci di capire fenomeni come l'empatia o l'identificazione proiettiva.

Si prenda in considerazione il "Fatto scelto", citato anteriormente: esso, potrebbe rappresentare, quel particolare dell'opera d'arte che elicitava una popolazione di neuroni specchio responsabili della simulazione di un particolare stato d'animo dell'osservatore e di ciò che ne consegue.

Ciò che va sottolineato è l'aspetto profondo della simulazione incarnata dove risulterebbe assente l'intenzione inconscia del soggetto in cui empatia e identificazione proiettiva rappresenterebbero fenomeni automatici, lasciando in tal modo la presenza in ogni relazione umana dell'induzione automatica di ciò che l'altro prova.

I meccanismi alla base neurale dell'esperienza artistica forniscono quindi una spiegazione scientificamente valida con cui gli spettatori a livello cognitivo potrebbero cogliere le emozioni che sono esplicitamente o implicitamente evocate dalle opere d'arte e, più genericamente, da qualsiasi tipo di immagine.

Naturalmente il fenomeno dell'empatia non può essere spiegato esclusivamente con la simulazione incarnata ma sicuramente quest'ultima rappresenta un meccanismo cruciale per la comprensione degli stati mentali dell'altro, attraverso circuiti neuronali che si attivano con l'ausilio di modalità automatiche che non prevedono alcuna partecipazione attiva e volontaria del soggetto mediante i fenomeni di inferenza e introspezione.

Capitolo III Neuroestetica: una chiave di lettura

3.1 L'intreccio tra estetica e le neuroscienze

Negli ultimi anni si è manifestato un certo interesse attorno al rapporto tra arte e psicopatologia, descritto sotto un'ottica differente ossia quello della Neuroestetica.

Tale disciplina rappresenta il ramo della neurobiologia dedito allo studio delle basi anatomiche e fisiologiche della creazione artistica e della sua fruizione.

Studiosi come Ramachandra e Hirstein (1999) hanno descritto in questo ambito un insieme di regole euristiche che gli artisti, consciamente o inconsciamente, utilizzano per sollecitare le aree visive del cervello, ed il più interessante di questi principi sembra essere un fenomeno psicologico chiamato peak shift effect, raffigurabile nell'esempio che segue : se un roditore viene ricompensato in un esercizio per discriminare una figura rettangolare da una quadra, esso risponderà in modo ancora più efficace qualora la forma del prototipo sia lunga e sottile poiché lo stesso animale sarà attratto maggiormente da rettangoli caricaturali, ossia estremizzati dal concetto di rettangolarità.

Molte fruizioni artistiche accentuano selettivamente alcuni aspetti di un oggetto, affinché vengano stimulate date aree del cervello; un dipinto di Botero può essere considerato una caricatura nell'ambito dello "spazio forma" mentre le opere di Van Gogh o di Monet caricature nel campo "spazio-colore".

L'arte figurativa sembra, quindi, avere successo solo quando è capace di evocare emozioni forti nell'osservatore mediante la creazione di stimoli visivi significativi da un punto di vista emozionale, capaci di stimolare selettivamente alcune aree cerebrali coinvolte nell'elaborazione del vissuto emotivo conscio ed inconscio.

Gli studi dell'ultimo secolo hanno in parte chiarificato le modalità della processazione degli input visivi emotivamente significativi ed è oramai appurato che questi vengono elaborati in modo diverso rispetto a stimolazioni neutrali, ed evocando risposte più intense e precoci nelle aree limbiche quali amigdala e corteccia orbito-frontale, nelle aree tradizionalmente deputate al riconoscimento visivo e nelle strutture sottocorticali deputate ai livelli attentivi ed ai movimenti oculari, quali pulvinar e collicolo superiore. Tale valutazione rapida e differenziata degli stimoli emotivamente significativi sembra dipendente dalla presenza di una via parallela al circuito visivo primario predisposta all'attivazione rapida delle regioni limbiche che supera la via visiva tradizionale, chiamata "low road" della processazione a livello emozionale.

Con riferimento all'amigdala, un numero crescente di funzioni supporta il suo ruolo nel facilitare il riconoscimento degli stimoli visivi ad alto contenuto emozionale attraverso la modulazione effettuata dal suo nucleo basale sull'intensità del firing neuronale dello stream visivo ventrale, sia nel conferire un significato affettivo ad aspetti visivi provenienti direttamente dall'ambiente esterno.

Se il coinvolgimento di queste strutture cerebrali nell'organizzare le risposte emozionali è stato confermato in ricerche condotte con stimoli visivi di differente natura, senza riferimento diretto ed esplicito all'arte figurativa, l'identificazione delle basi neurali dell'esperienza estetica, sia per quanto concerne il concetto di "bellezza", sia per quanto riguarda l'aspetto delle reazioni emozionali empatiche che scaturiscono a seguito dell'osservazione di un'opera d'arte, ci si confronta con un problema più complesso dipendente da fattori oggettivi e soggettivi, mal valutabili nell'ambito di un esperimento a carattere scientifico.

I ricercatori Kawabata e Zeki (2004), hanno rilevato che il sentimento di ciò che viene percepito come attraente ed il suo contrario non è supportato dall'attivazione dell'intero cervello visivo ma da un aumento funzionale di particolari regioni cerebrali specializzate nella processazione e percezione di quello specifico stimolo, confermando la necessità di una specializzazione funzionale cerebrale alla base del giudizio estetico.

Secondo questi studi, il giudizio estetico di bellezza si correla significativamente con l'attivazione della corteccia motoria e della corteccia orbito frontale, quest'ultima già individuata come sede della percezione di stimoli gratificanti.

In particolare, un aumento di attività nella corteccia orbito-frontale sembra essere associata ad una diminuzione di firing neuronale nella corteccia motoria nel caso in cui l'osservatore giudichi attraenti certe opere artistiche.

Altri studi (Calcinotto & Ivaldi, 2016) hanno cercato di differenziare il giudizio oggettivo e soggettivo relativo alla bellezza basandosi sulle aree cerebrali responsabili di questo fenomeno; in particolare sembra che la valutazione oggettiva del concetto stesso di attrattività sia mediato dall'attivazione delle regioni destre dell'insula in associazione ad alcune regioni corticali mediali e laterali, comprendenti il giro occipitale laterale, precuneo e aree prefrontali, mentre il giudizio soggettivo sembra relativo all'attivazione dell'amigdala.

Per quanto concerne, invece, la risposta empatica suscitata dalle opere artistiche, che insieme alle modalità di processazione di stimoli visivi emozionali generici rappresenta l'argomento che maggiormente può fornire una spiegazione plausibile dal punto di vista neurobiologico della sindrome di Stendhal, i dati attualmente disponibili sostengono che l'immedesimazione non è un processo puramente metafisico, introspettivo o intuitivo, ma poggia su una base materiale precisa e definibile nel cervello, individuabile nelle aree cerebrali coinvolte nella simulazione delle azioni, delle emozioni e delle sensazioni corporee.

Conclusioni

I soggetti che soffrono della sindrome di Stendhal non vivono soltanto un'esperienza estetica ma una mancata gestione interna dei conflitti profondi generati dalla visione artistica.

L'attenzione degli studiosi in merito alla correlazione tra il mondo neuroscientifico e il fronte artistico ha sviscerato minuziosamente i dettagli di questo particolare legame, rappresentato anche dalle osservazioni formulate in merito alle patologie neuropsichiatriche e la tecnica stilistica o, nuovamente, la scelta dei soggetti e dei colori che contraddistinguono i più famosi artisti, di cui ne sono esempio Vincent Van Gogh, con la sua personale ossessione per le sfumature del colore giallo accompagnate dalla presenza di disturbi psichici della sfera relazionale, o Francisco Goya.

L'obiettivo di questa ricerca è stato evidenziare, clinicamente parlando, la significatività delle condizioni comportamentali suscitantanti e ciò che risalta è che l'esistenza stessa di questa sindrome rivela la capacità dirompente e straordinaria che l'aspetto estetico porta con sé nella sua denominazione più semplice di bellezza.

Per quanto possa apparire improbabile che visitare Firenze o osservare un'opera artistica siano eventi singoli e sufficienti a provocare uno scompenso psichico, rimane pur verosimile che il viaggio di per sé o la fruizione artistica di cui dispone il soggetto, agisce in maniera aspecifica su soggetti già predisposti o affetti da specifici disturbi mentali attraverso la stimolazione di aree cerebrali coinvolte sia nei meccanismi neurologici che permettono la fruizione artistica, incarnata nei neuroni specchio di cui poi l'analisi, sia nella formazione degli stati emozionali normali e patologici, quali amigdala, corteccia anteriore del cingolo, corteccia orbito frontale/laterale/mediale e lo striato ventrale.

Anche l'interpretazione psicoanalitica della sindrome di Stendhal proposta dalla Dottoressa Magherini riletta alla luce delle recenti scoperte sui neuroni specchio, e dei meccanismi relativi alla simulazione incarnata, può non apparire un costrutto totalmente privo di fondamento scientifico.

Altri esempi di come le neuroscienze riescono ad intrecciarsi con l'arte possono essere evidenziati nell'ambito della fotografia e, nella fattispecie, nell'analisi dei meccanismi cerebrali deputati all'elaborazione delle illusioni ottiche, come dimostrato dagli artisti Elena Dorfman e David Hockney nel concetto di ambiguità artistica, ovvero la capacità di un'immagine di risultare emotivamente coinvolgente agli occhi di chi la guarda.

Se la sindrome di Stendhal non può essere considerata un disturbo con una propria specificità ed identità in termini psicopatologici, essa può rappresentare comunque un

“ponte” metaforico di studio, tra psicoanalisi e neuroscienze ai fini della comprensione, un’entità polimorfica sottostante ad un’ottica neuroscientifica, riprendente concetti psicoanalitici come empatia, proiezione o internalizzazione, che in passato sono stati etichettati come prettamente teorici o “metapsicologici” in quanto il loro substrato neurale risultava totalmente sconosciuto e perciò identificato come assente.

Quando il viaggiatore osserva le grandi opere d’arte, un distacco e un ritiro si manifestano, provenienti dall’aspetto più personale dell’individuo, il che determina il principio dei sintomi e l’eventuale trattamento.

I pazienti affetti, basandoci sugli studi riportati, sono sopraffatti dalla bellezza e sono forzati a rimuovere se stessi dall’esperienza, a causa della loro inabilità nel tollerare la passionale connessione tra arte e uomo.

Il nome della sindrome di Stendhal è quindi un punto di riferimento per la costruzione dolorosa interiore attraverso la bellezza, di cui Stendhal stesso conferma dall’esperienza personale nei suoi appunti riportando che “la bellezza non è altra cosa che la promessa di felicità”.

Bibliografia

- Calcinotto A. (2016). *Studi neuroscientifici sull’arte*, Ferriera : Calzetti e Mariucci.
- Innocenti C., (2014). *La sindrome di Stendhal fra psicoanalisi e neuroscienze*. Rivista di Psichiatria, Roma : Il Pensiero Scientifico.
- Lucignani G., (2007) *Immagini della mente : neuroscienze, arte, filosofia*, Milano, Raffaello Cortina.
- Kawabata H. (2004), *Neural Correlates of Beauty.*, Trad. It. Le correlazioni neurali della bellezza. Milton Park : Taylor & Francis Group.
- Magherini G. (2003), *La sindrome di Stendhal, Il malessere del viaggiatore di fronte alla grandezza dell’arte*, Firenze : Ponte alle Grazie.
- Magherini G. (2007), *Mi sono innamorato di una statua, Oltre la sindrome di Stendhal*, Firenze : Nicomp Laboratorio Editoriale.
- Ramachandra V.S. (1999) *The science of Art : A neurological theory of aesthetic experience*. Journal of Consciousness Studies. Trad. It. La scienza dell’arte : Una teoria neurologica dell’esperienza estetica. Tucson : Imprint Academic.

Ringraziamenti

A conclusione di questo elaborato desidero menzionare tutte le persone senza le quali questo lavoro di tesi non sarebbe stato posto in essere.

Ringrazio di cuore i miei genitori per i loro sforzi in questi anni di studio che mi hanno permesso il compimento di questo percorso, in particolare mia madre per avermi insegnato attraverso le sue scelte di vita di non demordere nonostante le avversità; inoltre, un ringraziamento speciale va a mia nonna Vittoria per il supporto emotivo costante, che non è mai venuto meno, determinante per la riuscita di questo percorso.

Ci sono due ringraziamenti che mi preme fare, a due amiche preziose, senza le quali oggi non sarei chi sono, le stesse che rappresentano per me il motivo per cui ritenermi l'uomo più fortunato al mondo per il semplice fatto di avermi concesso di averle al mio fianco e quindi un degno grazie va a Claudia e a Ludovica, ora e sempre.

Infine vorrei dedicare questo traguardo a me stesso, che possa essere l'inizio di un capitolo di vita che mi appartenga interamente.