



Romeo Francesco Paolo

Patrimonio culturale e progettazione formativa. *Una proposta di architettura museale.*

Finalmente è davanti ai miei occhi, percepisco un brivido lungo la schiena, il mio cuore inizia a agitarsi, avverto l'aumento della pressione arteriosa.

Siamo soli nel silenzio, uno di fronte all'altro; non riesco a concentrare lo sguardo su alcun dettaglio e le tempie, assecondando questa incertezza visiva, aumentano il loro tamburellare.

Mi appoggio con le mani sulla panca che ci divide, sento il mio corpo vinto da forze misteriose, mi piego sulla schiena.

Prima di cadere, con fatica, mi do lo slancio per distogliere lo sguardo, mi giro verso l'uscita e cerco di raggiungerla.

Ora sono sulla scalinata, la basilica è alle mie spalle; l'affanno continua a sopraffarmi e un senso di dissoluzione e di angoscia rendono difficoltoso il ragionamento e ogni altra attività.

Lo scrittore francese **Marie-Henri Beyle**, meglio noto come Stendhal, durante le grand tour del 1817 in Italia, visse un moto dell'anima simile a quello provato da questo giovane americano giunto a Firenze per un viaggio culturale e descritto in questa testimonianza.

Sebbene lo stato interiore dello scrittore fosse accuratamente descritta nel libro Napoli e Firenze: un viaggio da Milano a Reggio, la formulazione scientifica della Sindrome di Stendhal, avviene recentemente e più precisamente nel 1979 ad opera degli studi della psichiatra **Graziella Magherini**.

La psichiatra che ha diretto per molti anni il reparto psichiatrico dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Firenze, riscontrò questo malessere in centinaia di turisti stranieri ricoverati d'urgenza con gravi scompensi psichici.

Per la studiosa il viaggio e la visione dell'opera d'arte sono l'elemento perturbante del malessere del turista.

Un turista che spesso carica di emozionalità e grandi aspettative il viaggio che intraprenderà nelle città d'arte, progettando e organizzando, con lunghi mesi di anticipo, gli itinerari e le visite nei musei storici di cui tutto il mondo parla continuamente.

Un tempo dell'attesa e uno spazio di vita consuetudinario, in cui questa attesa si consuma, che subiscono repentinamente una proiezione spazio-temporale che catapultata, come in una strana macchina del tempo, un turista in una nuova realtà.

L'interpretazione della Sindrome di Stendhal non può prescindere, secondo il mio parere, da questo importante passaggio culturale; non a caso le vittime di questo malessere sono per lo più Europei e Americani, e mai Italiani.



Nelle osservazioni della psichiatra italiana si sottolinea statisticamente che nelle biografie delle vittime della sindrome spesso esistono dei precedenti psichiatrici o delle problematiche psicologiche, quindi una sorta di predisposizione al disagio dispercettivo attivato dall'opera d'arte.

L'opera d'arte vista come un perturbante, ma non intesa nel senso Freudiano del termine, cioè come attivante un processo di rimozione psichica che fa irrompere sul piano razionale ciò che era stato fissato nell'inconscio per scopi difensivi.

La visione dell'opera d'arte perturba perché innesca un processo di rielaborazione di aspetti e problematiche esistenziali della personalità che non erano state precedentemente pensati e elaborati.

Sembra che l'opera d'arte favorisca, ad un livello psichico più lieve, alcuni processi di rielaborazione mentale nelle personalità predisposte e soprattutto mettendo in evidenza questo repentino cambio di cultura.

Nella dinamica del malessere del viaggiatore giocano un ruolo importante molti fattori culturali che, per il loro numero e complessità, potremmo definire ecologici.

Ecologici perché riguardano in primis il cambiamento di clima e le condizioni ambientali esclusive dei luoghi visitati poi, con l'identico grado di importanza, le dinamiche relazionali e il cambiamento del linguaggio.

Capita spesso che, recandoci in paesi stranieri, si percepisca un malessere e uno stato confusionale proprio nel momento in cui cerchiamo di entrare in sintonia con le nuove lingue e le diverse inflessioni verbali; questo "bombardamento sonoro" legato al lessico forestiero risulta fastidioso e può causare episodi di nausea.

La cultura, intesa come "tessuto" di significati materiali e simbolici che l'uomo intesse quotidianamente, subisce uno "strappo", perde temporaneamente il nesso con l'individuo e il senso che esso attribuisce alla propria vita, offuscando automaticamente la collocazione che esso ha trovato nel sistema simbolico di riferimento.

Questo accade perché l'itinerario turistico e in particolare il luogo dove si incontra l'opera d'arte, non è solo un ambiente, ma anche il luogo all'interno del quale l'individuo proietta se stesso nell'oggetto

della sua osservazione, cercando di identificarsi con l'ambiente, creando una sorta di "empatia ambientale".

L'ecologia ambientale, con in essa le triangolazioni relazionali tra turista, ambiente e opera d'arte, viene momentaneamente "inquinata", perché l'area simbolica di riferimento, questo nostro interiore Gps dell'anima, devia verso un'area asimbolica e priva di riferimenti culturali.

L'identità si perde in un sistema di simboli diversi da quelli che vengono mediati dalla propria cultura e questo avviene pur avendo reso denso di aspettative e caricato di simboli personali il tanto desiderato viaggio.

Il viaggio quindi rappresenta più che un itinerario geografico, un itinerarium mentis, un percorso più instabile di quanto si pensi, un cercare di prendere coscienza di un moto sapienziale, tanto vicino al moto del pendolo, che porta con sé valori e aspetti della propria cultura e li appaia a quelli sconosciuti della cultura che si conoscerà.

Davanti all'opera d'arte, in questo vorticoso "moto pendolare della mente", accade che gli individui più fragili, quelli che sono affettivamente più vulnerabili, o semplicemente quelli che presentano interrogativi esistenziali che ritardano di una risposta, attivino stati confusionali ed esibiscano bizzarri, ma dolorosi, bouffé deliranti.

L'opera d'arte crea una overdose, prima visiva e lucistica, poi degli aspetti rimossi, precari e drammatici del sé; una overdose che crea un cambio nella chimica interna dell'individuo, aumentando vertiginosamente le quantità di adrenalina secrete nel corpo che, dopo l'episodio delirante, trovano un riassetto biologico.

Questo processo biologico, sebbene in diverse proporzioni, mobilita il nostro corpo ad attivare una reazione creando un aumento del battito cardiaco, un aumento del tono muscolare fino al raggiungere la massima contrazione e lo stato di coscienza vigile e la capacità attentiva, di elaborazione delle informazioni, mnemoniche, di concentrazione, percettive e di apprendimento vengono acuite.

Tutto ciò si attiva grazie all'adrenalina l'ormone principale della risposta al perturbante artistico.



Analizzando la Sindrome di Stendhal in termini dinamici, l'opera d'arte attiva lo stato confusionale, che può prolungarsi anche diverse ore, fino a quando si riassume l'equilibrio chimico e psichico nell'individuo.

Esiste dunque una base biologica della Sindrome di Stendhal, davanti un'opera d'arte l'individuo manifesta gli scompensi percettivi o depressivi, ma alcune volte capita che vengano manifestati altri sentimenti destabilizzanti.

La gelosia e l'invidia dinanzi un corpo perfetto, come ad esempio nei confronti del David di Michelangelo, possono fare riaffiorare istinti di tipo vandalico e desideri di danneggiamento, a causa della ferita narcisistica provocata dalla bellezza e dall'armonia delle sue forme e proporzioni.

Questa particolare sindrome, che oggi viene denominata dalla stessa Magherini Sindrome del David, è riferita a questa scultura perché essa è il prototipo del maschio perfetto nei riguardi del quale nasce il desiderio, di improbabile realizzazione, di identificazione prossemica ed erotica.

L'identità di alcuni individui subiscono dunque una ferita nella loro identità, come per **Pietro Cannata** che nel 1991 danneggiò un dito del piede sinistro del David.

Negli anni le cronache raccontano che tra acidi, liquidi infiammabili, graffi di coltello e diluenti, gli attentati al patrimonio culturale dell'Italia sono aumentati esponenzialmente; ma questa violenza artistica è spesso premeditata, si tratta infatti di mitomani, che allontanano questa nuova interpretazione psicologica dell'atto vandalico.

Infatti è doveroso sottolineare che chi soffre di questa sindrome, la Sindrome del David appunto, possiede una spiccata sensibilità estetica ed è amante delle opere d'arte; in definitiva in questi soggetti l'impulso distruttivo e vandalico è vissuto come estraneo alla propria personalità e sconfitto difficilmente e con grande dolore. L'impulso è una forza interiore che non può essere governata, l'egocentrismo dell'individuo viene attaccato dalla bellezza dell'opera d'arte, che attiva dei cambiamenti nella psiche che sono il risultato, anche in questo caso, di alterazioni chimiche del sistema nervoso centrale.

Mentre nella Sindrome di Stendhal la reazione fisica è quasi sempre di tipo depressivo, con manifestazioni dispercettive e un senso di annullamento e perdita del sé totale, nella Sindrome del David le manifestazioni si presentano al confine di un delirio di onnipotenza, di esaltazione dell'umore e di manie di grandezza che trovano sfogo nel danneggiamento dell'oggetto osservato.

Sembra quasi che si possa fare una similitudine tra le reazioni opposte manifestate in queste due sindromi e la psicosi maniaco-depressiva o disturbo bipolare, cioè quella patologia caratterizzata da periodi di depressione alternati a periodi di esaltazione.

Nella Sindrome del David è la reazione maniacale ad essere rappresentata maggiormente, dunque, l'atto vandalico è la risultante di una ferita narcisistica psicologica e delle alterazioni chimiche biologiche; le stesse alterazioni chimiche presenti nella psicosi maniaco-depressiva.

Nel 1938 **Ugo Cerletti** usò per la prima volta la terapia elettroconvulsivante, comunemente nota come elettroshock, per il trattamento dei casi di depressione grave in cui la ripetuta terapia farmacologica con antidepressivi ripetuta o la psicoterapia non avevano prodotto risultati efficaci.

Nei casi in cui queste terapie non sono applicabili, per particolari farmacoresistenze o quando il tempo a disposizione, nel caso di palesi tendenze suicide, è limitato, alcuni psichiatri ritengono che la terapia elettroconvulsivante rappresenti la soluzione migliore per le forme di malattia mentale gravi.

Il meccanismo di azione della terapia elettroconvulsivante influisce su diversi neurotrasmettitori del sistema nervoso centrale.

L'elettroshock terapeutico sull'uomo sensibilizza due sottotipi di recettori per la serotonina, aumentando conseguentemente la trasmissione dei segnali sinaptici, inoltre riduce l'efficacia della norepinefrina e della dopamina.

Inizialmente la terapia elettroconvulsivante veniva praticata su pazienti coscienti, senza l'uso di anestesia e rilassanti muscolari; infatti i pazienti perdevano conoscenza durante la seduta e spesso le violente contrazioni muscolari incontrollate



potevano causare fratture vertebrali e stiramenti muscolari.

Oggi si effettua previa somministrazione di anestetici e rilassanti muscolari per controllare le contrazioni muscolari.

Per indurre le convulsioni involontarie viene fatta passare una corrente elettrica costante (in genere di 0,9 Ampere) attraverso il cervello per mezzo di due elettrodi applicati in specifici punti della testa, in seguito all'applicazione di un gel, una pasta o una soluzione salina per evitare bruciature della pelle.

Un tempo gli elettrodi erano collocati sulle tempie, oggi si preferisce l'applicazione all'emisfero cerebrale non dominante, di solito a destra, per evitare in questo modo che la corrente attraversi le aree della memoria e dell'apprendimento.

Le convulsioni indotte sono generalmente più intense di quelle prodotte durante il disturbo neurologico della epilessia, in questo modo si produce l'effetto terapeutico facendo ritornare a livelli più bilanciati le sostanze secrete in abbondanza nel sistema nervoso centrale.

Mentre l'elettroshock è una risposta terapeutica, la crisi epilettica rappresenta una particolare risposta terapeutica che si innesca naturalmente, non c'è trattamento farmacologico o elettroconvulsivante perché è l'individuo stesso che cerca attraverso la crisi di riassetto, da un punto di vista chimico, gli scompensi del metabolismo neuronale che hanno portato alla crisi.

Al di là delle critiche sull'utilizzo di questo metodo terapeutico, ai fini dell'osservazione pedagogica presentata in questo articolo, a noi serve capire come l'elettroshock attivi questo processo di ritrovata armonia chimica.

Potrebbe darsi che, nell'individuo affetto da Sindrome del David, si attivi un processo di cambiamento metabolico nel sistema nervoso centrale, con l'effetto che l'esigenza di sfigurare l'opera d'arte sia proprio l'azione estrema causata di una crisi che volge verso il suo punto di sfogo.

Se l'elettroshock assieme alla farmacologia e all'epilessia possono essere considerati alla stregua dei meccanismi di omeostasi indotti nell'individuo, naturalmente e artificialmente, per ritrovare il precedente equilibrio, occorre allora trovare qualche specifico accorgimento architettonico capace dello stesso risultato sedante.

L'escalation chimica nell'individuo osservatore, e ricordiamo che l'evento distruttivo è vissuto come esterno alla volontà di chi lo esperisce, crea un disagio dell'anima che trova nuove condizioni di equilibrio nell'evento vandalico; l'atto in sé rappresenta la crisi epilettica dell'individuo, senza la quale non si guadagnerà l'equilibrio.

Il delirio di onnipotenza, il corrisposto biologico all'alterazione delle sostanze che normalmente garantiscono normali attività cerebrali, viene mitigato dal gesto incivile di un individuo, che pur accorgendosi della sua opera incivile, stenta a riconoscerla come atto intenzionale, segnalando la forte contraddizione tra pensiero ed azione.

Come abbiamo più volte sottolineato, esiste una differenza netta tra atto mitomane ed intenzionale e Sindrome di David, per questo, in un'ottica formativa, è compito della società conoscere queste esclusive risposte individuali, studiarle ed intervenire attraverso la prevenzione e la progettazione di interventi non solo formativi ma che considerino perfino l'architettura dei musei da un punto di vista ecologico.

La prospettiva dell'empatia ecologica prima accennata è proprio la capacità di trovare delle risposte plausibili alle problematiche dell'uomo e favorire così la scomparsa o il rimedio di determinati pattern comportamentali.

In un certo senso deve essere l'ambiente in cui è ospitata l'opera d'arte che, dopo aver compreso questi bizzarri ma umani comportamenti, deve prevenire i disagi dell'individuo, sia quelli depressivi della Sindrome di Stendhal che quelli maniacali della Sindrome del David.

Un ambiente, quello del museo appunto, che deve ecologicamente comprendere i modelli mentali di chi li visita e di chi carica di aspettative ed emozionalità il viaggio e le opere osservate.

In questo modo implementando nei suoi allestimenti museali i vissuti del turista, e continuando ad evidenziare i caratteri esclusivi delle opere, il museo non favorirà più inconsapevolmente i malesseri e gli episodi deliranti e vandalici nelle predisposte personalità sensibili.

L'allestimento museale, in quest'ottica, diventa l'interpolazione dell'ambiente e della psicologia, ovvero il luogo di osmosi tra gli stati d'animo e i comportamenti



dell'uomo e l'ambiente che li custodisce per il tempo della visita.

Un allestimento non più distante dai processi mentali di un individuo che deve vivere l'esperienza artistica, ma interessato ad incontrarla; cioè di una esperienza di mapping cognitivo in grado di rendere spettacolare l'incontro con il patrimonio artistico.

I beni culturali del nostro paese, che per la maggior parte dei visitatori rappresentano il segno della nostra cultura, per alcuni, quelli affetti da queste due sindromi, sono privi di simbolismo e di significato, anzi provocano malesseri o deliri inattesi.

Sebbene l'arte, intesa come evento perturbante del malessere, dovrebbe essere ancora maggiormente studiata dagli addetti ai lavori, la conoscenza sull'argomento può affinarsi sempre più ascoltando i pareri di chi si trova a riflettere su tematiche apparentemente lontane dal proprio campo d'azione.

Come pedagoga e amante dell'arte, questa osservazione non vuole essere intesa come pura speculazione teorica, ma vuole mostrare, pure nella sua visionarietà, un interesse per una società in grado di connettersi realmente con l'uomo nella sua completezza, cercando di promuovere il passaggio dal disagio all'agio.

E questo benessere può essere raggiunto attraverso l'interdisciplinarietà delle riflessioni sulle problematiche e la conoscenza delle intuizioni di diversi specialisti, come in questo caso di formatori e scultori.

Le riflessioni sul carattere ammaliante dell'arte nascono dal dialogo con **Francesco Trani**, lo scultore tarantino con il quale ho approfondito le tematiche delle affinità tra la catarsi psicopedagogica e quella scultorea (vedi a questo proposito l'articolo sul n°2-3 della rivista Amaltea).

Lo scultore mi faceva notare che quando l'opera viene correlata dalla scritta sottostante "non toccare", la folla sicuramente si avvicinerà a toccarla, e questo perché a suo avviso il senso estetico innato in noi deve essere ad ogni condizione appagato.

Al contrario senza l'affissione della scritta, molto probabilmente, questa esigenza tattile verrebbe meno.

Negli allestimenti museali, nelle gallerie d'arte, nelle pinacoteche, spesso ci imbattiamo all'altezza del busto dei cordoni

e delle funi che fungono da divisorio tra noi e l'opera d'arte.

Credo che questi separè non abbiano una funzione psicologica studiata attentamente e frutto di studi interdisciplinari, ma se le nostre ipotesi di partenza fossero giuste, si dovrebbero sostituire con nuovi accorgimenti architettonici.

Ad esempio, supponendo che l'atto vandalico sia l'estrema conseguenza di una crisi prima biologica poi psicologica, si potrebbero approntare nelle vicinanze delle opere d'arte dei dissuasori di attenzione, in modo da dirottare l'attenzione su altri elementi strutturali in grado di non ferire narcisistica il turista.

Dei piccoli elementi strutturali che ammansiscono la percezione che l'individuo ha dell'opera e che potrebbero funzionare per entrambe le sindromi.

Immagino attorno ai quadri delle luci particolari messe lì non per ricercare ottimali condizioni di luce, ma per rendere impercettibilmente disattento l'individuo che ammira l'opera.

Naturalmente la scelta e la progettazioni di tali elementi deve anche non creare problematiche per l'utenza che non incorrerà in queste particolari problematiche, per questo devono mantenere un carattere di sobrietà architettonica.

La nostra bizzarra riflessione ci portò proprio a fare l'accostamento tra le sindromi e la psicosi maniaco-depressiva, dovevamo immaginare qualche elemento architettonico che imprimesse una scossa psicologica all'individuo, che avesse gli stessi caratteri dell'elettroschok o di una terapia farmacologica, senza però cascare nella crisi epilettica e quindi nell'atto vandalico.

Immaginammo un individuo che incomincia ad agitarsi e sentirsi imbarazzato e sconfitto dalla bellezza dell'opera che osserva, lo vedevamo scuotere le spalle e iniziare a sudare, lo vedevamo girarsi alla continua ricerca di un consenso e toccare continuamente il cordolo divisorio.

Immaginammo i suoi piedi sconfinare continuamente la linea ideale sotto il cordolo divisorio, in un avanti e indietro incerto e pericoloso.

Dovevamo fermarlo, ma intanto la guardia non poteva accorgersi di nulla, la sua aria da studioso dell'arte e da uomo colto, avrebbe ingannato chiunque.



La scossa poteva averla solo da una tavola vibrante posta sotto il cordolo divisorio all'altezza del pavimento e in questo inglobata e poco riconoscibile; ora immaginammo il nostro turista smarrito, aveva ricevuto alla stregua della crisi epilettica la scossa, l'unica terapia giusta al malessere che l'avrebbe colpito inconsapevolmente.

Il bene può essere inteso culturalmente solo in questi termini, cioè caricandolo non solo di significati storici artistici e simbolici, ma soprattutto psicologici.

I beni culturali appartengono a tutta l'umanità, pertanto progettare una fruizione ecologica degli stessi è compito e responsabilità di tutti coloro che provano a viverli nella loro completezza e in un senso più intimo, più vicino anche alle problematiche di alcune categorie a rischio, come quelle affette dalla sindrome di Stendhal e del David, che da questi vengono particolarmente affascinati.

Inaspettatamente la progettazione di intervento formativo si presenta come disciplina utile all'analisi di questi particolari bisogni e al servizio degli allestimenti museali che vogliono definirsi ecologici e attenti alle problematiche.

Una disciplina che segna il ponte di congiunzione tra la teoria e la prassi, tra la psicologia e l'ambiente in cui questa vive e si modifica, tra un oggetto e la percezione che l'uomo ha di esso, una disciplina che restituisce al bene culturale la sua globale valenza comunicativa.

Bibliografia

Emanuela Zerbinotti, Daniela Ovaia, *La sindrome di Stendhal* in "Mente & Cervello", n° 22, luglio-agosto 2006, Seregno s.p.a., Milano.

Graziella Magherini, *La sindrome di Stendhal. Il malessere del viaggiatore di fronte alla grandezza dell'arte*, Ponte alle Grazie, Milano, 2003.