

Dentro la montagnaterapia: storia, radici, strumenti.

“Sopraimille 2005”: I° Corso sulla Montagnaterapia per operatori della Salute Mentale, Rif: Pernici, Trentino-Alto Adige
Giulio Scoppola*

(pubblicato nel 2006 dalla APSS della Provincia di Trento)

*“Se con la danza i corpi dei primitivi componevano simbolicamente
l’ordine della natura con quello della cultura, col respiro
accordavano l’interno con l’esterno, lo spirito con la materia”
(J.P.Sartre, 1968).*

L’occasione di preparare questo lavoro, nell’ambito dell’approccio terapeutico-riabilitativo che abbiamo chiamato di “Montagnaterapia”, mi è stata offerta dal primo corso organizzato in Italia sull’argomento. Esso è stato realizzato in ambito pubblico e rivolto specificamente al settore socio-sanitario.

Una tale esperienza formativa è stata pensata per gli operatori dei servizi pubblici, del privato sociale e del volontariato (nel campo della Salute Mentale). Essa si è riproposta di mostrare e riflettere su quell’insieme di tecniche e strumenti, ma ancor prima di modelli ed aspetti teorici, racchiusi nel particolare intervento socio-sanitario e socio-educativo, definito appunto, da circa sei anni, come montagnaterapia¹

Le considerazioni cliniche, che hanno preceduto la fase attuale della elaborazione teorica, hanno, come si sa, preso le mosse dall’osservazione sulla corporeità dei malati psicotici: un soma che appariva “inabitato” e che sembrava aver perso la possibilità di essere uno strumento per “abitare”, cioè frequentare da un punto di vista psicofisico e relazionale, il mondo.

Il corpo ovviamente c’era, ma era “assente”. Esso non sembrava poter svolgere neppure quel ruolo centrale nell’articolazione delle funzioni psichiche; che dal soma sarebbero dovute infatti emergere e, gradualmente organizzarsi: “Sono cosciente del mio corpo come della mia esistenza e contemporaneamente lo vedo con gli occhi e lo tocco con le mani [...] Il corpo è l’unica parte del mondo che venga sentita contemporaneamente dall’interno e percepita alla superficie”.²

Era questa dimensione fisica che, alla fine degli anni ’70, credevamo essere il *focus* principale e forse l’unica possibilità per un lavoro psicologico rivolto alle “parti sane” della personalità.

L’irriducibilità intrinseca della relazione corpo-mente-corpo, ma prima ancora gli approfondimenti (mi riferisco a quelli di area psicoanalitica) sulle origine dei fenomeni “proto-mentali”³, a partire dalle prime senso-percezioni e dagli aspetti “senso-motori”⁴, ci costringevano a ricostruire, per l’adulto psicotico e in generale per il paziente psichiatrico, nuovi percorsi terapeutici a mediazione corporea ed ambientale.

Il contesto esperienziale era quello dei soggiorni estivi: una “vacanza” di quindici giorni al mare (o in montagna), durante la quale, noi psicologi per primi, dovevamo trovare originali forme di espressività e di relazione con i pazienti; per collocarci in una desiderata “dimensione terapeutica e non solo assistenziale”.⁵ Parlavamo in quegli anni, con molte attese, dell’importanza del cosiddetto lavoro “extraclinico”;⁶ e si era convinti dell’importanza della riabilitazione psichiatrica intesa come cura efficace per i disturbi schizofrenici.⁷

1 Vedi Convegno: *Montagna e solidarietà: esperienze a confronto* (24/9/1999), organizzato dal Premio Internazionale Solidarietà Alpina “Targa d’Argento”, dai “Giornalisti di Montagna”, con il patrocinio del CAAI a Pinzolo; e articolo di: “Famiglia Cristiana” n°40 del 1999, dal titolo: “Quando la montagna diventa un aiuto alla vita”, di Matteo Serafin.

² Jaspers K. (1959): *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964, pag. 95.

³ Bion W. (1961): *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1971, pag. 110.

⁴ Gaddini E. (1984): *Scritti*, Cortina, Milano, 1989, pag. 618.

⁵ Munelli M. e Scoppola G.: *La dimensione terapeutica in interventi assistenziali*, in: “Le prospettive relazionali nelle istituzioni e nei servizi territoriali”, Masson, Milano, 1985.

⁶ Scoppola G. e Coll.: *Il bilanciare del funambolo*, in: “Proposte per la salute mentale”, Kappa, Roma, 1992.

⁷ Scoppola G. e Coll.: *Riabilitare o curare*, in: “Schizofrenici in terapia”, Teda, Castrovillari (CS), 1992.

Nel tentativo di favorire un contatto stimolante ed una comunicazione fra i pazienti ed il contesto, lavoravamo così utilizzando la nostra fisicità.

Al fine di entrare in relazione con una condizione mentale malata scissa incoerente non dotata di continuità, e per molti versi a noi sconosciuta, eravamo quasi costretti (dai particolari stimoli dell'ambiente naturale) ad accedere ad una dimensione allargata del sé. Anche la fisicità dall'operatore veniva così integrata nella relazione trasformativa.

Utilizzavamo per far questo tutto il bagaglio di conoscenza sull'animazione e sull'educazione dei gruppi, attraverso gli ambienti naturali, che avevamo maturato in precedenti esperienze come ad esempio lo *Scoutismo*. Dice a questo proposito Mauro Rosi: “Due cose sono necessarie per la conservazione della salute: l'esercizio fisico proporzionato all'età e ai mezzi della persona, e il contatto, quanto più frequente è possibile, con l'ambiente naturale [...] Tali esigenze, nel campo dell'educazione fisica, sono pienamente soddisfatte dal “metodo naturale” fondato da G. Hébert all'inizio del secolo, applicato nello scoutismo francese e belga fin dal 1940 e introdotto in Italia nel 1949”⁸.

Si intuiva e si sperimentava, in quegli anni, la validità teorica della affermazione che: “frequentando il mondo il corpo non è mai percorso dal dubbio che la sua percezione possa essere una illusione rispetto a qualche presunta verità in sé, il mondo non è ciò che io penso, ma ciò che vivo, che abito”⁹. E gli aspetti corporei dei nostri pazienti, che evidentemente avevano avuto problemi in quella fondamentale esperienza (a contatto con il reale), apparivano bloccati, appesantiti, impacciati.

Sapevamo che il corpo aveva assorbito molti farmaci, che era ingrassato da cibi e bevande eccessivi e dalla prolungata sedentarietà. Ci sembrava un indicatore inquietante di come poteva funzionare “la mente”; una funzione mentale anch'essa visibilmente paralizzata; infatti: “Come il sistema nervoso, la mente sta ovunque nel corpo”¹⁰.

Nelle relazioni cliniche osservavamo inoltre come la mente apparisse quasi totalmente inadeguata a garantire una funzione integrativa, e a svolgere efficacemente tale funzione all'interno dell'organismo fisico; o tra le componenti cognitive relazionali ed affettive.

L'ambiente naturale, specialmente quello di montagna, così poco modificato dalla mano dell'uomo, così materialmente e intensamente “perceptivo”, costringeva il piccolo gruppo a confrontarsi con *setting* di lavoro per lo più sconosciuti e fortemente evocativi di realtà altre ed “oltre” la definibilità¹¹.

Quei luoghi sicuramente non avevano, per così dire, assistito o accompagnato la drammatica vicenda storica e familiare della malattia; che si sarebbe poi manifestata in disturbi secondari alle sofferenze affettive, ambientali, o derivanti dai significativi aspetti traumatici.

In particolare vogliamo qui riferirci e ricordare quelle problematiche evolutive che originavano da carenze, o addirittura da assenze, di relazioni fondanti i processi ordinativi della mente¹².

La caratteristica della nostra relazione era quella di doversi adeguare di continuo, sia sul piano dell'agire che sul piano del sentire, alla condizione particolare determinata dal contesto. Ed il luogo naturale (in questo caso la montagna) precede ogni altro luogo storico; così come: “il reale è tutto ciò che preesiste e che resiste alla simbolizzazione”¹³. E che secondo noi resiste alla tendenza a “psicotizzare”; cioè a distorcere, alterare, paralizzare lo spazio-tempo e le relazioni-emozioni-pensieri.

Provenendo da una realtà urbana la montagna offriva qualcosa di palesemente meno contaminato (anche “psicologicamente”) rispetto alle stanze di terapia del centro di salute mentale.

⁸ Rosi M. (1982): *L'educazione dell'uomo attraverso il corpo*, Ancora, Milano, pag. 17.

⁹ Sartre J.P. (1943): *L'essere e il nulla*, Il Saggiatore, Milano, 1968

¹⁰ Gaddini, E. (1980): *Scritti*, Cortina, Milano, 1989, pag. 471.

¹¹ Scoppola L.: *L'esperienza di essere sé*, Angeli, Milano, 2005, pag. 157.

¹² Cfr. Gaddini E. (1984): *Scritti*, Cortina, Milano, 1989.

¹³ Scoppola L.: *L'esperienza di essere sé*, Angeli, Milano, 2005, pag. 119.

Anche i rumori forti, ed artificiali, della città potevano essere percepiti come la “colonna sonora” che aveva accompagnato la vicenda psicotica. L’ambulatorio avrebbe potuto anche ri-evocare il primo approccio medicalizzato e forse “traumatico” alla crisi.

Oltre a tutto ciò le osservazioni sulle risposte individuali all’ambiente naturale ben si leggevano in accordo a quanto recentemente confermato da differenti autori. Scrive infatti Alberto Oliverio che: “la natura [è] fondamentale nel fornirci gli stimoli di cui anche la mente ha assoluto bisogno. Stimoli complessi, fatti appunto di ritmi adatti alla nostra biologia, di vasti orizzonti, di percezioni inusuali nella realtà tecnologica”. E ancora: “Cervello e mente [...] si formano sulla base di esperienze, dipendono da quelle sollecitazioni di cui il sistema nervoso è avido. E l’ambiente naturale, al quale ci siamo adattati da decine di migliaia di anni, soddisfa queste necessità attraverso i suoi messaggi: suoni e luci, odori e movimenti dell’aria, tracce da scoprire e da interpretare [...]. La realtà di cui abbiamo bisogno è più vicina alla nostra natura biologica, ben diversa dalla dimensione immateriale e virtuale”¹⁴.

Muoversi, ma prima ancora avere la percezione di esserci, di esistere in quell’ ambiente voleva dire imparare a percorrere i sentieri (*trekking*), imparare a programmare la salita di una cima facendo i conti con il tempo meteorologico, con quello cronologico e con la paura di muoversi in verticale (*climbing*); ma anche imparare a spostarsi leggendo una carta topografica, una bussola ed un altimetro, senza perdere l’orientamento e imparando a fare ritorno al rifugio (*orientering*); pena l’esposizione ad esperienze potenzialmente traumatiche, quali ad esempio quella del buio, delle vertigini, del temporale. Che sono realtà esterne ed indipendenti dall’individuo, e che come tali non possono essere da lui contraffatte ma esperite per ciò che esse sono.

L’ambiente montano, con tutte le sue occasioni stimolanti di esposizione (per il corpo, la mente e le relazioni di gruppo) poteva favorire una effettiva rimodulazione del sé. Questo a patto di individuare le giuste “dosi” nelle attività proposte (dose terapeutica!). Dovevamo evitare una addizione paralizzante ed il rischio di un rinforzo e non già di uno sfaldamento degli arcaici e strutturati meccanismi di difesa. Puntavamo infatti una dinamizzazione trasformativa.

Pensavamo di poter *by-passare* una patologica condizione cognitiva, ma anche affettiva, offesa dalla malattia (che rimandava ai supposti, ma in qualche caso verificati, eventi traumatici nella storia personale), attraverso lo svolgersi di una esperienza di vita in un piccolo gruppo (6/8 pazienti e 2/3 operatori) che “giocava” temporaneamente, ma con continuità (durante gli anni), a confrontarsi e forse identificarsi nel ruolo di escursionisti-alpinisti; oltretutto in un ambiente inconsueto per i pazienti.

In quelle particolari esperienze i rapporti fra le persone potevano naturalmente ritrovare un carattere di solidarietà, di schiettezza, di fisicità: tra il sé e l’ambiente e nelle relazioni interpersonali dei partecipanti all’esperienza stessa.

In quei luoghi inoltre l’aspetto tecnico dell’abbigliarsi, equipaggiarsi, prepararsi, alimentarsi, era reinvestito di un significato nuovo, immediatamente comprensibile oltre che facilmente verificabile in gruppo.

Ci sembra importante fare qui un riferimento al modello della “elaborazione delle informazioni”,¹⁵ su cui non possiamo soffermarci, ma che apre intuitivamente lo sguardo verso gli aspetti psicotraumatologici contenuti in una delle “radici” teoriche della montagnaterapia.

Vorrei ricordare inoltre che una tale riflessione non potrebbe essere sostenuta senza il contributo offerto dalla vasta teorizzazione sulle origini del sé di matrice psicoanalitica.

Possiamo ad esempio osservare come la connotazione stessa del tempo e dello spazio, così importante nell’approccio di montagnaterapia, è costitutiva dell’esistenza di un “campo mentale”¹⁶.

¹⁴ Cfr. Oliverio A. (2005).

¹⁵ Shapiro F. (1995): *EMDR*, McGraw-Hill, Milano, 2000.

¹⁶ Correale A. - Rinaldi L., *Quale psicoanalisi per le psicosi*, Cortina, Milano, 1997.

O ancora: “Poiché [infatti] la mente non è scissa e indipendente dal corpo e poiché la mente non è innata, l’esperienza di sé appare in qualche modo legata ai primi processi di aggregazione dei nuclei senso-percettivi”.¹⁷

Ecco allora che i primi passi di quell’intervento, che in anni più recenti e dopo un lavoro sui protocolli e sulle verifiche, abbiamo chiamato di “montagnaterapia”, affondano nel tentativo, squisitamente clinico e di matrice psicoanalitica e gruppale¹⁸, di stimolare una reintegrazione “del” e “nel” sé; che: “[...] si trova naturalmente inserito nel corpo, ma può, in alcune circostanze, essere dissociato dal corpo”¹⁹.

La sottolineatura trasformativa del nostro modello di intervento fa riferimento, inoltre, alla cosiddetta costruzione di una sorta di identità vicaria, mediata e favorita dall’appartenenza al più ampio gruppo dei “montanari”. Si basa cioè sullo stimolante e rassicurante senso di appartenenza alla classe dei frequentatori della montagna e dei soci del CAI (di cui i pazienti impegnati nella montagnaterapia fanno anche parte). Ciò sembrerebbe contrastare efficacemente le conseguenze (sociali e psicologiche) negative legate a fenomeni di marginalizzazione e di sradicamento, che ogni malattia cronica via via produce.

In altre parole i pazienti coinvolti nelle attività di montagnaterapia beneficiano della condivisione di uno stesso interesse che li unisce, anche sociologicamente e culturalmente, agli escursionisti-alpinisti “normali”.²⁰

Non so se sia azzardato affermare che attraverso elementari esperienze di alpinismo, con l’esposizione per così dire “omeopatica” al vissuto del rischio (e potenzialmente del trauma), ci riproponiamo così di lavorare terapeuticamente sulle modalità di reazione, sui pattern comportamentali e sugli aspetti traumatici. Questi, di fatto, sono spesso riscontrabili nella anamnesi familiare dei nostri pazienti.

Il confronto con esperienze che pongono l’individuo di fronte al pericolo, a livello cosciente, attivano movimenti istintuali di sopravvivenza, e quindi avviano processi ordinativi che sono finalizzati alla vita. Il problema è al contrario quanto la patologia mentale sia sensibile alle sollecitazioni provenienti dalla attivazione dell’istinto di vita...

La recente letteratura nel campo della psico-traumatologia, che fa riferimento al trattamento psicologico del PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*) mostra a questo proposito che: “vi è consenso (...) nella ricerca, sulla necessità di una qualche forma di esposizione alle situazioni traumatiche per evitare l’evitamento e permettere la desensibilizzazione, affinché la terapia del PTSD abbia successo”²¹.

Se estendiamo queste considerazioni, prendendole a paradigma di ciò che avverrebbe nella generalità delle situazioni vissute dal sé come traumatiche, avremmo una ulteriore conferma sulle potenzialità del metodo da noi proposto. Del resto i dati osservativi e clinici ci hanno sempre mostrato comportamenti e verbalizzazioni progressivamente più coerenti dopo l’esposizione a moderate paure (*similia similibus curantur*).

Se includiamo ora le osservazioni tratte dalle esperienze di questi ultimi anni, possiamo affermare, molto schematicamente, come la ricerca sui modelli e sui protocolli e sulle osservazioni cliniche nella montagnaterapia abbiano messo in evidenza anche l’importanza di fare riferimento a concetti come quelli di “autostima”, “auto efficacia”, “volizione” (tratti principalmente dalla “Teoria Sociale-Cognitiva”).²² E abbiamo mostrato l’importanza di fare costante uso delle tecniche audio visuali (e di strumenti radio) che possono facilitare, ad esempio, il mantenimento della

¹⁷ Scoppola L.: *L’esperienza di essere sé*, Angeli, Milano, 2005, pag. 117.

¹⁸ Cfr. Bion W.R. (1961): *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1971.

¹⁹ Winnicott D.W. (1970): *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma,

²⁰ Cfr. Scala V. e Coll, in via di pubblicazione.

²¹ Shapiro F. (1995): *EMDR*, McGraw-Hill, Milano, 2000.

²² Cfr. Bandura A.: *La valutazione dell’autoefficacia*, Erickson, Trento, 2000.

comunicazione, della attenzione e della memoria e la focalizzazione sul corpo: “il dato che unifica le diverse esperienze con il video [...] è la ritrovata importanza della corporeità attraverso [...] una esperienza sensoriale guidata e protetta”²³.

Le sessioni di montagnaterapia non potrebbero infatti essere utilizzate nella loro interezza se non includessero l’uso rielaborativo del materiale videoregistrato tratto dalle attività.

Videoregistrare e rivedere il proprio e l’altrui corpo, impegnato a muoversi nell’ambiente alpinistico (favorendo i successivi commenti e le verbalizzazioni), si pone allora come antidoto alla patologica deformazione dell’esperienza di essere sé²⁴; la quale non è esprimibile, ma esclusivamente vivibile per ciò che essa è. Rimanendo così lontani dal rischio di contraffazione psicotica dell’esperienza stessa (virtualizzazione dell’esperienza).

Anche i collegamenti radio fra due sottogruppi, che si trovano in luoghi diversi e non più visibili della montagna, riveste una fondamentale importanza: separarsi non coincide col perdersi, ma essere stimolati a pensarsi e desiderarsi. Perdersi per sempre è infatti una paura che spesso ritroviamo nell’esperienza psicotica. La voce mantenuta introduce ed allena alla permanenza esistenziale.

Il malato schizofrenico può così fare i conti con il vissuto della condivisione, della continuità, della permanenza e verifica del proprio sé. Integrando, nell’esperienza del sé, le tracce della propria autopercezione; che talvolta può essere connotata da sensazioni dolorose (ad esempio conseguenti ad una escoriazione), ma che lo riportano, anche successivamente, ad un fatto preciso ed accaduto alla sua persona.

In questo spazio-tempo si inserisce la relazione clinica custodita e favorita dai “facilitatori delle relazioni” (psicologi, psichiatri, educatori, infermieri professionali, ...)

Essi si differenziano nettamente, nel loro ruolo “giocato”, dagli esperti dell’ambiente” (guida alpina, istruttore di alpinismo, accompagnatore di media montagna, ...) i quali a loro volta garantiscono il gruppo e i singoli sul piano della fattibilità e sicurezza dell’attività nell’ambiente.

Sono ruoli e interazioni diverse a cui possiamo, per brevità, solo accennare, ma che sono presentati in diversi articoli sull’argomento²⁵.

Il gruppo impegnato nelle sessioni di montagnaterapia può stimolare e produrre delle trasformazioni su differenti livelli: emozionale, relazionale, fisico, sportivo, reale, fantasmatico...

Alcuni ragazzi potranno ad esempio separarsi e individuarsi raggiungendo la vetta, e da lassù stabilire un collegamento con il “campo base”,²⁶ luogo e strumento del modello (collegato agli aspetti di assicurazione di protezione e di alimentazione e recupero), dove gli altri si saranno fermati aspettandoli. E la bussola, l’altimetro, la carta topografica dei sentieri, la guida delle vie, la radio, le fotografie, la videoregistrazione, nei protocolli di montagnaterapia diventano così nuovi strumenti da introdurre nell’armamentario professionale che gli operatori potranno utilizzare. L’uso di tutti questi “oggetti” potrà in seguito costituire la base preziosa per i timidi processi di simbolizzazione ai quali i pazienti sapranno, forse, accedere.

Accennerò ora alla fondamentale funzione respiratoria, che sappiamo essere collegata con la ossigenazione di sangue e tessuti, ma non solo.

Possiamo dire che nelle attività che proponiamo l’iniziale riattivazione fisica nasce e può essere percepita *in primis* all’interno di sé, con l’obiettivo dichiarato di contrastare (gradualmente) la tendenza all’inattività degli stati psicotici schizofrenici. A questo proposito nelle attività residenziali, ad inizio giornata, proponiamo (ad esempio) di esercitarci nella “respirazione completa”,²⁷ atta a riscaldare il corpo preparandolo al movimento ed alla esposizione attiva

²³ Cfr. Manghi D. (1989), Rivista Sperimentale di Freniatria.

²⁴ Scoppola L.: *L’esperienza di essere sé*, Angeli, Milano, 2005.

²⁵ Vedi: “Atti dei Convegni 2001-2005 del Gruppo di Lavoro per la Montagnaterapia del Lazio” (in via di pubblicaz.).

²⁶ Vedi: Ermini D. (in via di pubblicazione).

²⁷ Vedi: Centro Yoga Sivananda, *Il libro della Yoga*, Lyra, Como, 1986.

all'ambiente esterno. Con queste tecniche siamo consapevoli di introdurre anche importanti aspetti che ci riportano alle primissime memorie somatiche, legate alla regolazione delle funzioni vitali dell'individuo: ad esempio il delicato passaggio dalla circolazione feto-placentare alla respirazione neonatale, e lo stabilirsi dei primi fondamentali "ritmi" del corpo.

A questo proposito crediamo infatti che l'esordio di ogni malattia, o se vogliamo la progressiva perdita della salute che introduce alla malattia (e questo lo si ritrova nei colloqui anamnestici che effettuiamo in cardiologia riabilitativa), possa ben essere rappresentata dall'alterazione stabile dei fondamentali ritmi alla base della salute (biologica, psicologica e relazionale-sociale) dell'individuo.

La respirazione, così concepita come fondamentale "movimento" ritmico "del" e nell'organismo psicofisico, introduce ad altri movimenti corporei che possono produrre un riscaldamento percepibile e su cui è possibile focalizzare l'attenzione. Esso sarà continuamente auto-prodotto e non solo conservato dall'abbigliamento stratificato; e non è difficile intuire le positive conseguenze psicologiche di una simile verifica su cosa e chi scalda il sé.

Quanto accennato sulla respirazione, che accompagna continuamente gli stati tensivi o rilasciati del corpo e della mente, e che anzi può determinarli previa un allenamento specifico, introduce alla tematica della orizzontalità e della verticalità: due esperienze e due dimensioni da praticare accompagnate dall'esercizio respiratorio.

L'esperienza sensoriale, propriocettiva ed emozionale, che ritroviamo nella dimensione fisica del piano orizzontale, dello spostamento nel piano, del sostenersi e camminare su appoggi ampi, costituisce il fondamentale apprendimento fisico del mondo e del sé (non solo somatico) per ogni individuo. Ma è da questa dimensione che, già dal primo sviluppo, il bambino e poi l'adulto, articoleranno la motivazione che li aprirà forse all'esperienza sensoriale, propriocettiva ed emozionale della verticalità; dei piccoli appoggi che permettono il salire e lo scendere di piano, e tutto ciò che questo evoca e comporta.

Ci sembra allora fondamentale, nella montagnaterapia, aver legato l'esperienza della dimensione orizzontale a quella della dimensione verticale, confrontandoci con le conseguenze fisiche e psicologiche di un simile lavoro: ad esempio il manifestarsi di temute proiezioni e "blocchi" facilmente intuibili durante le attività, ma anche desiderio di ascesa e, forse, ascesi.

Ma prima di guardare agli aspetti pratici dobbiamo rilevare come: "per l'uomo contemporaneo arrampicare significa tornare a praticare e sperimentare qualcosa di antico. Significa ricollegarsi alle sue origini antropologiche ed evolucionistiche. Ricominciare a muoversi in verticale utilizzando mani, braccia, tronco piedi e "mente" in un modo apparentemente nuovo. Le società tecnologiche contemporanee hanno [infatti] progressivamente ridotto la necessità per l'individuo di ripetere quei movimenti del corpo, soprattutto quelli in verticale, che erano (da milioni di anni) iscritti nel suo patrimonio genetico"²⁸.

Il movimento stesso per l'uomo contemporaneo, non sembrerebbe essere più necessario. Questo non ci apparirebbe drammatico se continuassimo a ragionare con una logica che sottintende una vita autonoma della esperienza mentale dalle vicende della fisicità e della relazionalità; ma la ricerca sulla malattia mentale, su quella fisica e sul disagio sociale ci hanno fatto capire come sia necessario un più vasto ripensamento sulla salute nel suo complesso.

Abbiamo accennato come rappresenti una evidenza clinica (ma alcune volte addirittura "ortopedica"), che i malati psichiatrici presentino problemi nel sostenersi, nell'appoggiarsi, o nel compiere un qualsiasi esercizio ginnico; ed una evidenza psicologica che non abbiano stima e fiducia di sé o sentimenti di auto-efficacia. A questo ci ricollegiamo per un ulteriore salto di paradigma. Se ci rivolgiamo infatti all'approccio psicomotorio scopriamo come: "Il tono posturale si imprime per le stesse vie sensorio-motorie del tono psico-affettivo. Dunque, ci sono necessariamente dei legami stretti e le modulazioni del tono sono il risultato d'un compromesso tra

²⁸ Scoppola G.: *La dimensione verticale come strumento educativo psicomotorio e riabilitativo*, in: "A scuola sui sentieri", Provincia di Roma, 1998.

le tensioni d'origine propriamente posturale e le tensioni di origine psico-affettiva. Difatti, noi constatiamo che l'atteggiamento posturale del corpo varia in funzione degli stati affettivi ed emozionali. La postura si raddrizza nella gioia o nel dinamismo e si accascia nella tristezza ed abbandono"²⁹.

Ecco allora come l'esperienza psicologica e fisica della "orizzontalità" e della "verticalità" permetta di sperimentare un vissuto ed un allenamento confrontabile in gruppo. Questo attraverso l'esperienza dell'appoggio dell'appiglio, del movimento del corpo e della sua espressività ginnica e psicologica. Il suolo potrebbe essere allora equiparato ad un "oggetto" psicoanalitico. Con esso si possono stabilire dei contatti e delle relazioni, rispetto ad esso si possono articolare dei movimenti. "La sua presenza è costante e la sua attrazione permanente"³⁰. Gli appoggi (i sassi o i blocchetti di legno utilizzati per gli esercizi di equilibrio) serviranno ad esempio per sperimentare in modo nuovo e maggiormente consapevole il proprio baricentro, separando il movimento del bacino da quello dei piedi, contrastando la rigidità.³¹

Sappiamo come il malato psichiatrico appaia spesso non più in grado di auto sostenersi fisicamente. A questa evidenza il "sistema psichiatrico tradizionale"³² ha rischiato e rischia di offrire, a volte, la possibilità di trascorrere molte ore della giornata in comode poltrone o divani imbottiti; così facendo non ci si rende conto del rinforzo offerto all'esperienza di un sé scarsamente differenziato, impossibilitato a valutare positivamente la forza, la resistenza, la coesione, la flessibilità etc...

Quando addirittura tutto ciò non apre la strada allo sviluppo di percezioni deliranti, che fanno spesso riferimento a parti di corpo mancanti. Ricordo un paziente la cui percezione dello zaino appoggiato sulla schiena immediatamente rassicurava dalle angosce di tipo psicotico, riorientandolo alle percezioni esterne.

Per questo proponiamo il terreno di montagna, che è spesso duro e richiede attenzione nel percorrerlo. Il riposo e l'appoggio su una superficie dura (roccia) o morbida (prato), nel corso di una salita, rinforzerà l'esperienza di una alternanza ritmica nella percezione fra stati di tensione (non patologici ma orientati al sostenersi ed al progredire) e di rilasciamento; senza così indurre le possibili percezioni deliranti (appena citate), che hanno bisogno di un tempo lungo e/o di una percezione poco differenziata per strutturarsi.

A questo proposito l'esercizio dello spostamento ripetuto del baricentro reintroduce esattamente questa fisiologica ritmicità fisica e psicologica di cui il malato schizofrenico sembra aver bisogno.

Possiamo ancora dire che il rapporto con il suolo fa sperimentare una "antica" ambivalenza: "tra il desiderio di stare [...] ed il desiderio di liberarsi da [...] per conquistare la propria indipendenza e libertà nello spazio a tre dimensioni"³³. Dopo il riposo-rilassamento riappare allora il desiderio di alzarsi, quel richiamo verso l'alto e verso il camminare che ciascuno (anche i malati psicotici) porta in sé; una sorta di "pulsione viatoria".³⁴ Appare evidente come nelle sessioni di montagnaterapia si debba dar credito e stimolare la sopita pulsione del malato a liberarsi, a "rompere quella fusione alienante [...] sfuggire alla "possessività del suolo [di cui] la forza di gravità è l'espressione simbolica"³⁵.

Ecco allora che il suolo e la parete (in piano o in verticale che siano) in montagna saranno investiti da un duplice significato potenzialmente trasformativo: possibilità di distanziamento (progressivo) dalla terra attraverso un efficace sfruttamento degli appoggi e degli appigli, con la riconquista di una libertà e autonomia, e/o, all'opposto, pericolo del precipitare-aderire (o ri-

²⁹ Lapiere A., Aucouturier B., *Il corpo e l'inconscio in educazione e terapia*, Armando, Roma, 1982, pagg. 109-110.

³⁰ Lapiere A., Aucouturier B., *Il corpo e l'inconscio in educazione e terapia*, Armando, Roma, 1982, pag. 136.

³¹ Caruso P.: *L'arte di arrampicare*, Mediterranee, Roma, 1993.

³² Mi riferisco a strutture residenziali o semiresidenziali psichiatriche eccessivamente chiuse ed inclusive; in cui prevale, od è esclusiva, l'accoglienza intramuraria del paziente a scapito di una stimolazione fisica ed ambientale.

³³ Lapiere A., Aucouturier B., *Il corpo e l'inconscio in educazione e terapia*, Armando, Roma, 1982, pag.136.

³⁴ Vedi: Di Benedetto P. (in via di pubblicazione).

³⁵ Cfr. Lapiere A., Aucouturier B., *Il corpo e l'inconscio in educazione e terapia*, Armando, Roma, 1982.

precipitare?), ritrovandosi privi di movimento (paralizzati) sopra o addirittura sotto terra (con la presenza di fantasmi di morte e/o di sepoltura).

La “verticalità” introduce in modo più evidente la distanza dal suolo. Costringe a utilizzare gli arti superiori “appigliandosi” al terreno via via più verticale. Stimola a sperimentare il corpo spostando le senso-percezioni anche sul “triangolo” superiore del tronco³⁶.

Con un ulteriore salto vogliamo da ultimo accennare a come il muoversi in verticale, utilizzando appoggi e appigli della parete naturale, o della struttura artificiale di arrampicata, faccia emergere e renda maggiormente visibile, nel comportamento e nell’esperienza emozionale dei pazienti, la qualità ed il tipo di “attaccamento”³⁷. In montagnaterapia diventerebbe però possibile la costruzione di esperienze correttive, utilizzando direttamente la “mediazione corporea” corrispondente all’esperienza psicologica.

Gli aspetti “disorganizzati”³⁸ nell’attaccamento, alla base di “modelli operativi dissociati (...) del sé”³⁹ (che si manifestano anche nella fisicità dei malati) potranno ad esempio essere contrastati con ripetuti e progressivi esercizi di arrampicata su appigli sicuri; con la presenza di una guida alpina, esperta e rassicurante, e facilitati psicologicamente dagli operatori presenti.

Anche “il corpo del terapeuta diviene specchio dei fantasmi dell’altro”⁴⁰, in un continuo confrontarsi, dove a volte è il paziente a mostrare le maggiori abilità motorie. Ma questo è solo un accenno che riprenderemo in un’altra occasione.

Come emerge chiaramente dalla nostra esperienza molta importanza riveste durante le sessioni l’attenzione all’aspetto ritmico degli stati somatici, mentali e della respirazione. Durante le attività, od alla fine, potrà inoltre essere introdotto l’uso del “rilassamento muscolare progressivo”,⁴¹ con l’obiettivo di rendere consapevoli i pazienti sulla differenza tra le tensioni generate dagli esercizi proposti differenziandole dalle tensioni preesistenti, di cui spesso non si ha consapevolezza.

Quelli descritti sono solo esempi per introdurre il senso di esercizi a mediazione corporea che, nel corso del tempo, favoriscono una nuova cultura e un nuovo clima emotivo del gruppo. Rimandiamo a questo proposito il lettore alla descrizione della sessione: “appoggio, appiglio, respiro”.

Eccoci giunti così alla conclusione.

Quello che abbiamo percorso, “dentro” la montagnaterapia, è un itinerario che ha le sue origini, le sue potenzialità e i suoi limiti nell’esperienza stessa della montagna e delle relazioni emozioni e pensieri che a contatto con essa si sperimentano.

Senza la mediazione del gruppo l’esperienza clinica, così come concepita, non sarebbe possibile.

Senza la formazione, la supervisione e lo scambio costante fra i colleghi gli errori per gli operatori sarebbero forse troppi.

Le trasformazioni appaiono possibili, si accresce il senso di auto-efficacia e di autostima, vengono permessi e favoriti alcuni piccoli ma evidenti movimenti, non pericolosi, del sé.

Gli operatori incuriositi da una simile riattivazione si accostano all’esperienza per provare. Il “passa parola” diviene movimento, e noi siamo qui, dopo sei anni, ad osservare dei piccoli “miracoli” avvenuti un passo dopo l’altro, un “appiglio” dopo l’altro, sotto il nostro sguardo stupito.

*Psicologo, Psicoterapeuta, Istruttore di Alpinismo del CAI, Dirigente psicologo presso la ASL RM E di Roma, e-mail g.scoppola@libero.it, amb.: 0668353577, cell.: 3286125086, ab.: 0685351340, Roma, via Crèmera 8 - 00198

³⁶ Caruso P.: *L’arte di arrampicare*, Mediterranee, Roma, 1993.

³⁷ Bowlby J. (1969): *Attaccamento e perdita*, vol. 1: “L’attaccamento alla madre”, Boringhieri, Torino, 1972.

³⁸ Main M., Hesse E. (1992): *Attaccamento disorganizzato/disorientato nell’infanzia a stati mentali alterati dei genitori*, in: Ammanniti M., Stern D.N. (a cura di): “Attaccamento e psicoanalisi”, Laterza, Bari, pagg. 86-140.

³⁹ Liotti G. (1992): *Disorganizzazione dell’attaccamento e predisposizione ai disturbi funzionali della coscienza*, in : Ammanniti M., Stern D.N. (a cura di): “Attaccamento e psicoanalisi”, Laterza, Bari, pagg. 219-232.

⁴⁰ Lapierre A., Aucouturier B., *Il corpo e l’inconscio in educazione e terapia*, Armando, Roma, 1982, pag.92.

⁴¹ Cfr.: Jacobson E. (1938): *Progressiv relaxation*, Univ. Chicago Press, Chicago.