



Una casa per la montagna

SEZIONE DI BERGAMO



Azienda Ospedaliera
Bolognini Seriate

Sistema Sanitario



Regione
Lombardia

Convegno Nazionale

SENTIERI di SALUTE

La Montagna che cura

12-13 novembre 2010

Bergamo

Sede Palamonti - Via Presolana 15

ATTI del CONVEGNO

**SENTIERI di SALUTE :
LA MONTAGNA CHE CURA**

**Atti del Convegno Nazionale
Bergamo 12-13 Novembre 2010**

A CURA DI: FIORELLA LANFRANCHI
ANTONELLA FRECCHIAMI
IRENE GENTILI

Bergamo, 2011

SENTIERI DI SALUTE: LA MONTAGNA CHE CURA
Atti del Convegno Nazionale
Bergamo 12-13 Novembre 2010

Organizzato da: Az. Ospedaliera BOLOGNINI - Seriate (BG)
C.A.I. Sez. BERGAMO
Coordinamento Gruppi Operativi Montagnaterapia

A cura di: FIORELLA LANFRANCHI
ANTONELLA FRECCHIAMI
IRENE GENTILI

Coordinamento editoriale: Fiorella Lanfranchi - Antonella Frecchiami

Copertina – Studio grafico: Giordano Santini

INDICE

6	Presentazione
11	Prefazione
	Interventi
17	Lectio magistralis (<i>Annibale Salsa</i>)
23	Tre persone, due scarpe e un progetto: come andare in barca sulle montagne (<i>Giuseppe Saglio</i>)
30	Montagna e riabilitazione: la situazione in Italia oggi (<i>Sandro Carpineta</i>)
36	Dimensioni terapeutiche del gruppo (<i>Paolo Di Benedetto - Nicola De Toma</i>)
44	Regole e accoglienza: l'integrazione con il territorio (<i>Francesco Giuriolo</i>)
48	Il cerchio di Giada: Aspetti psicologici dell'arrampicata sportiva (<i>Angelo Brega - Michele Lovato - Chiara Leoni</i>)
51	Ruolo dell'operatore e dell'accompagnatore (<i>Raffaella Bruni - Antonella Frecchiami - Fiorella Lanfranchi</i>)
57	Gruppi che percorrono la montagna: dall'esperienza alla riflessione (<i>Sebastiano Audisio - Mara Milan</i>)
62	Giochi e dinamiche (<i>Sara Foradori</i>)
67	Bioenergetica e montagnaterapia (<i>Serafino Galbiati</i>)
77	Multitematicità e Multiproblematicità (<i>Emi Baldini</i>)
80	Montagnaterapia e Cardiologia (<i>Giulio Scoppola</i>)
85	Il Natur Deficit Disorder (<i>Federico Magnaguagno - Arianna Murrone - Roberto Miletto</i>)

La ricerca

- 104 Interventi riabilitativi ed esperienza ottimale nel contesto montano
(*Fiorella Lanfranchi - Antonella Frecchiami – Antonella Delle Fave*)
- 111 La montagna e il suo potenziale riabilitativo
(*Irene Gentili*)
- 116 Tre diverse valutazioni del benessere psicofisico conseguenti alla
pratica sportiva in psichiatria
(*Nicola Bianchi, Isabella Cardani, Veronica Dall’Occhio, Antonio Mastroeni,
Andrea Pini, Cesare Posca, Alberto Tettamanti, Vito Tummino*)

Testimonianze

- 120 Ruolo attivo del paziente
(*Nicola Bianchi – Grazia Curioni*)
- 122 Testimonianza personale
(*Cesare Posca*)
- 123 Testimonianza personale
(*Giuliana Scaglioni*)

Esperienza dall’estero

- 125 Un’esperienza europea: gruppo “La Trace”
(*Catherine Dubus, Sandrine Jaumotte*)

La rete italiana

- 132 Sopraimille
(*Sandro Carpineta*)
- 135 Associazione Montagnaterapia Italiana
(*Federico Magnaguagno, Claudia Tanga*)

- 138 **Geografia della rete**

- 139 **Siti web**

PRESENTAZIONE

Gentili Amiche, Amici e Autorità,

a nome della Sezione di Bergamo del Club Alpino Italiano sono lieto di porgere il caloroso benvenuto e accogliere qui al Palamonti Voi autorevoli relatori, esperti e partecipanti al convegno nazionale ‘Sentieri di salute - La Montagna che cura’, organizzato dall’Azienda Ospedaliera Bolognini di Seriate, dal Coordinamento Gruppi Operativi di Montagnaterapia, dalla nostra Commissione Medica sezionale e grazie alla dinamica e tenace regia di Fiorella Lanfranchi.

Queste giornate di studio e ricerca sono un’importante occasione per ascoltare, riflettere e confrontare le diverse attività della montagna vissuta come luogo incomparabile per stimolare, crescere e curare le diverse dimensioni dell’uomo, attraverso esplicite o silenti azioni, meditazioni e contemplazioni nelle terre alte e nell’atmosfera alpina.

Montagna e medicina sono uno stretto binomio perché camminare, respirare e vivere insieme nella natura permette di allenare le fibre dei muscoli e sollecitare i ‘fili umidi’ del pensiero e, talora, anche sciogliere i nodi dello spirito di ogni persona.

La montagna è un luogo polivalente adatto a tutti coloro che desiderano e vogliono conoscere direttamente fatiche, difficoltà, gioie e bellezze condivise per raggiungere una meta o vetta e, talvolta, si trasforma in una casa di cura aperta “a fil di cielo” perché possiamo sperimentare il valore terapeutico dell’incontro con se stessi e con l’altro, fatto anche di condivisione, accoglienza e integrazione.

Attraverso le testimonianze dei maggiori esperti in campo nazionale sul fondamentale tema tra montagna e terapia, potremo lasciarci trasportare sulle ali delle loro considerazioni, interpretazioni ed esperienze tra montagna, cura e risveglio della sensibile geografia dell'anima.

Meraviglia, emozioni e umanità sono espressioni delle qualità di ogni persona che si completano e si rinforzano a vicenda, ma sono anche tre concreti balsami che lasciano tracce segrete e inesauribili nei sentieri del cuore di ogni giovane, donna e uomo, e generano sempre nuove energie per camminare sulle nostre montagne e lungo le vie di un benessere vero e profondo per tutti.

Paolo Valoti

Presidente

Sezione di Bergamo del Club Alpino Italiano

I nostri ricordi sono sostenuti ed arricchiti da una quantità di immagini che ci aiutano a ripercorrere le tante giornate trascorse nella natura. Gite, neve, alberi, pareti e corde; ma soprattutto persone, persone diverse che hanno incrociato, magari anche per poco, la propria strada con la nostra.

Queste persone, questi volti, raccontano anche di luoghi raggiunti e di sentieri tracciati per arrivarci, di posti rimasti nella nostra memoria proprio perché li abbiamo percorsi assieme.

Ed oggi, qui a Bergamo, ci siamo ritrovati di nuovo provenienti da tanti altri sentieri in un altro luogo, non più immersi nella natura ma nelle riflessioni e nello scambio di quanto le esperienze ci hanno lasciato dentro.

Tutto questo è stato possibile perché anni addietro abbiamo deciso di raccontare i nostri “sentieri” e di condividere “luoghi” di incontro.

Il “mio sentiero” è rappresentato dalle esperienze messe in comune dai soci della sezione SAT di Riva del Garda e da alcuni operatori del Centro Salute Mentale di Arco; come dire... la mia sezione ed il mio luogo di lavoro.

Ma quanti altri sentieri avrei poi incontrato negli anni successivi, con quante persone scambiato parole o condiviso esperienze così forti lungo questi inaspettati sentieri?

Sentieri che correvano paralleli, si intrecciavano, confluivano. Per poi, periodicamente, sfociare e trovare densità in luoghi precisi, luoghi di incontro, delle spontanee e ricche *dyopà*.

Quanti sono stati questi luoghi, queste occasioni? Tante, troppe per citarle, anche per evitare il rischio di far torto a qualcuno, dimenticandolo solo per un attimo.

Li abbiamo chiamati Corsi, Seminari, Incontri di Formazione, Convegni. Ma la “Piazza”, il “Forum” (nome che Stefano aveva sapientemente proposto a suo tempo) rimane il termine ancora più adatto, omnicomprendente, che meglio delinea questa necessità e disponibilità a venire, lasciare qualche cosa e prendere qualche cosa d'altro, in uno scambio che arricchisce e costruisce, ognuno senza pretendere né chiedere all'altro.

Il 2004, per quanto mi riguarda, è stato l'anno d'inizio di queste esperienze; il “nostro Rifugio Pernici”, ricordate, è stato momento di incontro, divertimento, pensiero e riflessione.

Da allora tante altre occasioni, dove il pensare ha incrociato il sentire, il contributo scientifico scambiato se stesso con pezzi di emozione.

E questo lungo *Sentiero* (ancora non troppo esteso, ma chissà dove andremo a finire?!) oggi si ricongiunge, continua qui a Bergamo, a due anni dall'importante incontro di Riva del Garda, con tante persone che non si conoscono ma già si riconoscono nel comune sentire.

Perché tra sentiero e sentire cambiano solo poche vocali.

Arrivederci al prossimo incontro sul prossimo *Sentiero*!

Sandro Carpineta

Commissione Centrale Medica CAI

Poiché provengo da una lunga esperienza nel settore riabilitativo, avendo diretto per anni un C.R.A. ed una Comunità Protetta, mi sono fatta la convinzione che la dimensione riabilitativa abbia a che vedere con l'arte di vivere il quotidiano, un quotidiano inteso come l'insieme dei sentimenti, dei desideri e delle emozioni legate agli oggetti di tutti i giorni.

Come tutte le arti, la riabilitazione non può essere solo insegnata ma deve essere trasmessa: si insegna una tecnica, si trasmette una passione.

Ma tornando al discorso del quotidiano: non c'è nulla di più semplice, quotidiano, spontaneo del camminare.

Mentre cammino il mondo cambia.

Mentre cammino io cambio il mondo...lascio un'impronta...traccio un sentiero...getto un ponte, metaforicamente e non.

Mentre cammino e il sentiero si fa ripido sento battere il cuore.

Questo ha certamente a che vedere con la fatica, ma anche col fatto di esserci e di sperimentare l'emozione della libertà.

Ritengo che questo sia il valore terapeutico della montagna-terapia : tollerare la fatica in funzione di una meta; sapere di esistere; sperimentare una sensazione, l'emozione della libertà.

Ci sono molti modi possibili per descrivere la malattia mentale, ciascuno legato ad un dato momento storico e sociale e/o a convinzioni ed ideologie.

Quello che è certo è che la malattia mentale priva l'uomo della libertà.

Il depresso infatti non sceglie di restare a letto tutto il giorno.

Lo psicotico non sceglie di barricarsi in casa.

L'ossessivo non sceglie di ripetere i suoi rituali.

Restituire al paziente l'emozione della libertà e condividerla con lui è un'esperienza terapeutica fondamentale.

Ringrazio quindi tutti coloro che mettono e trasmettono la loro passione per raggiungere quella che, certamente, è la più alta delle vette.

Laura Novel

*Responsabile Dipartimento Salute Mentale
A.O. Bolognini – Seriate (Bg)*

Come responsabile di un Servizio di Psicologia, mi sono chiesto che cosa abbiano in comune l'alpinismo e la psicologia. Possono sembrare campi molto lontani, ma trovo che entrambi condividono un interesse per il corpo e la mente dell'individuo in relazione con il mondo, entrambi ricercano buone condizioni di salute fisica e un equilibrio psichico.

Le esperienze di montagnaterapia costituiscono un *trait d'union* tra le due discipline e sono un importante esempio delle azioni possibili verso cui può condurre lo spostamento paradigmatico che sta investendo la psicologia.

Una psicologia che utilizzi un modello che valorizza i punti di forza, il potenziamento della capacità di controllare attivamente la propria vita e le capacità di scelta, che promuova una visione della salute che mette al centro non la patologia ma le risorse dei soggetti nei loro contesti di vita.

È importante sostenere sistemi dei servizi in cui le competenze di ogni professionista possono essere integrate con quelle dell'utente, dei suoi familiari e della comunità.

A questo fine è necessaria una capacità di integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, serve che i terapeuti escano dalla “torre d'avorio” degli studi e svolgano un lavoro sul territorio, facendo un uso creativo delle proprie risorse e di quelle della comunità, attraverso un potenziamento della rete sociale di riferimento.

Collaborazione, formazione, consulenza e comunicazione con le associazioni di volontariato e con le realtà sociali del territorio sono compiti da cui non ci si può esimere, che integrano e completano il lavoro clinico.

Da questo punto di vista ritengo che gli itinerari della montagnaterapia siano innovativi e possano rappresentare un campo d'applicazione capace di generare significative trasformazioni e di favorire nuove identità sul piano psicologico, somatico, relazionale e sociale.

Lionello Gualeni

*Responsabile dell'Unità Funzionale di Psicologia
A.O. Bolognini – Seriate (Bg)*

PREFAZIONE

“Salire è rigenerare la mente in atmosfere sconosciute”

(H.D. Thoreau)

La montagna può aiutare a vivere con la realtà del disagio psichico. Vi sono modalità di frequentazione della montagna in cui il salire non è solo ascesa fisica, ma anche progredire nel percorso della salute e dell'autonomia, un alleggerirsi dai pensieri negativi e dalle ansie per ritrovare un maggior benessere del sé.

L'esplorazione di nuovi luoghi si accompagna allo sperimentare se stessi e nuove relazioni con i compagni di salita, diventa un cammino al di fuori delle mura istituzionali, verso itinerari condivisi che possono allontanare la sofferenza.

Il convegno affronta questi temi ed offre la possibilità di portare alla luce le esperienze realizzate, di condividere progetti e ricerche sul campo in diverse aree tematiche: dalla salute mentale alle dipendenze, dalla disabilità ai minori.

Il congresso dà voce ad esperti italiani e stranieri che si confrontano su come avvicinare il mondo della montagna a coloro che non accedono solitamente ad essa: persone con problematiche fisiche, psicologiche o psichiatriche.

Soggetti con disturbi psichici, con problemi di tossicodipendenza, diversamente abili e cardiopatici, adulti e bambini, in veste di escursionisti, arrampicatori ed alpinisti, non alla ricerca di record ma di benessere: “L'andar per monti” può aiutare a star meglio con se stessi e con gli altri, per i sani e per i malati.

La montagna dunque diventa scenario riabilitativo, in cui si coniugano le dimensioni corpo-mente-ambiente, individuo e gruppo, lavoro clinico e psicosociale.

Diversi gruppi in cui si integrano operatori socio-sanitari ed esperti del settore montagna propongono la Montagnaterapia come strumento di salute, una forma di attività che permette di vivere momenti forti e costruttivi in gruppo, in un ambiente naturale che suscita dentro sensazioni che non si dimenticano più. E' un'esperienza a cui “malati” e “sani” non sono impermeabili, ma che, al contrario, lascia tracce indelebili nella memoria. Il paesaggio alpino diventa laboratorio a cielo aperto di emozioni e di comunicazione. Come dice Giacomoni: *“Il paesaggio dis-trae, trae fuori il personaggio dal chiuso del suo mondo interiore e lo mette di fronte a qualcosa che non lascia indifferenti”*.

Ma queste uscite che cosa rappresentano? Possono essere qualcosa di più che momenti piacevoli di tipo “ricreativo”?

I servizi di salute mentale si chiedono se la montagnaterapia costituisca uno dei tanti intrattenimenti ben noti nel mondo della psichiatria. Saraceno, nel suo famoso libro sul tema, definisce la parola intrattenimento dicendo che essa *“allude sia ad un'azione piacevole per occupare il tempo sia, in senso etimologico, al tener dentro”*. Intesa nella sua accezione negativa il termine rimanda alla ripetizione ed alla stagnazione che spesso caratterizzano le forme di sofferenza mentale grave e cronica, rimanda ad alcune esperienze riabilitative interminabili, modi di far passare il tempo senza obiettivi e prospettive di cambiamento. Nell'accezione positiva invece, il termine rinvia sia ad una componente ludica sia ad altre funzioni che comportano cambiamenti nella personalità del singolo o di un gruppo, con l'attivazione di fattori terapeutici trasversali. In particolare si fa riferimento ad attività

orientate all’empowerment dei pazienti, al recupero di un ruolo attivo, al focalizzarsi sui punti di forza, con definizione degli obiettivi.

Da questo punto di vista, svolgere attività con l’utenza al di fuori dei luoghi istituzionalmente deputati alla comunicazione terapeutica, intrattenersi su un sentiero, durante un’uscita sulla neve o in arrampicata, può contenere, come dice Mezzina: *“elementi di affettività e autenticità che vanno oltre la ritualità dei gesti terapeutici o riabilitativi codificati. L’intrattenimento nel senso sopra indicato può essere letto come un segnale di uno stile deistituzionalizzato della relazione e può essere a volte indicatore potente che si stanno fluidificando relazioni, si stanno liberando possibilità comunicative o si stanno stabilendo tendenziali reciprocità”*.

I gruppi, i luoghi, le attività che riescono a far emergere questo tipo di coloritura hanno in sé potenzialità straordinarie, possono favorire significative trasformazioni evolutive. Questo modello di frequentazione della montagna, utilizza un approccio bio-psico-sociale, impiegando tutte le risorse individuali, sociali ed ambientali e spostando l’attenzione dalla malattia e “riparazione del danno” alla promozione della salute. E’ importante cogliere i punti di forza degli utenti e individuare tutte le risorse ed occasioni offerte dalle nostre comunità, che possono essere sviluppate, le opportunità ambientali che non rientrano nei programmi istituzionali standard.

Condurre esperienze che consentono le migliori condizioni di apertura al mondo aiuta a contrastare il processo di auto-isolamento, di ritiro e disinvestimento emotivo rispetto alla realtà esterna, attivando un processo di avvicinamento reciproco tra il soggetto sofferente e gli altri. Aiuta a combattere la stigmatizzazione ed emarginazione che aggravano la vulnerabilità dei malati.

Ciampi ritiene che il processo di cambiamento si attivi più con la modificazione delle aspettative e dell’atteggiamento del campo sociale che con interventi focalizzati sul singolo paziente. La riabilitazione psicosociale è un sistema di intervento complesso, che si svolge a diversi livelli e che richiede molteplici risorse. Gli operatori dei servizi dovrebbero sensibilizzare la rete sociale, promuovere lo sviluppo delle risorse interne degli utenti, favorire l’individuazione e lo sviluppo delle risorse esterne, elaborare progetti terapeutico-riabilitativi insieme con le associazioni e il volontariato, progetti che abbiano come fine ultimo il miglioramento della qualità della vita e l’integrazione sociale dei cittadini in difficoltà. L’obiettivo è aiutare altre persone a vivere la vita con soddisfazione, speranza e progettualità, nonostante i limiti che la malattia impone. Le persone con disturbi psichici vanno aiutate affinché possano vivere, divertirsi, condurre una vita quotidiana migliore e avere le stesse opportunità dei cittadini senza disabilità o disturbi psichici.

In specifico, rispetto alla montagna terapia, è quindi fondamentale che le competenze degli operatori socio-sanitari possano essere integrate con quelle degli altri professionisti o esperti della montagna. L’alpinismo rappresenta un campo di esperienze mutevoli, dinamico e aperto. L’attività alpinistica implica, oltre alla conoscenza delle tecniche, una conoscenza profonda dell’ambiente naturale e del movimento umano. Non è solo esercizio fisico, fine a se stesso, ma implica un contatto prolungato con la natura, la volontà di “salire più in alto” realizzando un obiettivo sportivo, ma anche provando le proprie capacità e proiettando concretamente delle idealità.

Diverse sono le motivazioni che spingono alla pratica alpinistica, le molle che inducono a salire, le idealità sottese, vissute e fatte proprie secondo differenti modalità da tutti noi: evasione, gratificazione, salute, realizzazione personale, conquista, successo, libertà, bisogno di conoscenza, sublimazione di conflitti personali, catarsi. La montagna offre anche la possibilità di guardare i luoghi da diverse posizioni, da nuove angolazioni e prospettive che si traducono, concretamente e metaforicamente, nella possibilità di ridimensionare se stessi in relazione all’ambiente e alle altre persone. L’esperienza condivisa di montagnaterapia può permettere un’apertura e dialogo con i compagni di viaggio, un aprirsi al mondo superando i vicoli ciechi delle paure, delle angosce e della solitudine; assumere altri punti di vista su di sé e sull’altro sostiene il soggetto nell’affrontare la vita che gli appare piena di terrori e incertezze, nell’affrontare le relazioni che sembrano dense di pericoli, nel ridimensionare le aspettative poco realistiche, gli impegni che paiono insostenibili.

Le associazioni di montagna come il CAI favoriscono la comunicazione e lo scambio, per molti aspetti senza eguali. Esistono un clima favorevole e uno spirito di gruppo che facilitano l’inserimento in un gruppo alpino. La montagna annulla le differenze di classe sociale e di tipo culturale o ideologico, dando luogo a un tipo di solidarietà unico ed irripetibile. Il fatto di ritrovarsi fra “pari”, contribuisce alla socializzazione e condivisione. L’escursionista, l’arrampicatore, l’alpinista sanno di essere capiti e seguiti quando parlano a persone con cui hanno in comune esperienze analoghe e ritrovano gli stati d’animo che li accompagnavano nelle ascese. Si creano nuovi legami e un particolare canale di comunicazione con il paziente, il quale viene considerato parte del gruppo e viene coinvolto, non portato in montagna passivamente a fare una “gita”.

In questi progetti emerge l’anima solidale del CAI, i cui soci traducono concretamente gli alti valori umani dell’alpinismo, l’impegno, la capacità di accettazione degli altri, la dedizione e riescono a trasmettere l’amore e la passione per la montagna.

Un lavoro d’*équipe* pianificato e condotto in sinergia da operatori ed alpinisti dà i suoi frutti. L’allontanamento dai problemi, dal bombardamento sensoriale quotidiano, l’immersione nella natura e in un gruppo vissuto positivamente facilitano nuove condizioni di spirito, ricaricano l’individuo o, quanto meno, costituiscono una tregua rispetto al malessere personale, relazionale e/o corporeo. Le Breton sottolinea come il cammino costituisca un *“modo per riprendere contatto con se stessi, con il proprio corpo, la propria mente, con il proprio ruolo nel mondo”*.

Grazie alla collaborazione tra Sodalizi di montagna, Aziende Sanitarie e Organizzazioni non profit ormai da molti anni vengono portate avanti esperienze che condividono lo strumento terapeutico ed educativo della montagna e che si rivolgono alle aree del disagio psichico, dell’emarginazione e della diversa abilità. Le prime esperienze di montagnaterapia nascono in Europa negli anni '80, avviate in Belgio dal gruppo La Trace e in Francia dal centro ospedaliero “Bel Air” di Mézières.

In Italia, agli inizi degli anni '90, sono stati pionieri due gruppi in territorio bergamasco (Fondazione Bosis e Centro PsicoSociale di Piario) e i gruppi romani dell'ASL RM E (Comunità terapeutica Montesanto e Centro Diurno S. Godenzo). Tanti altri hanno fatto seguito: Associazione Sportabili di Predazzo (Tn), Spaziare liberi del CSM di Parma,

Campo Base di Asiago (Tv), CSM di Rieti, CSM di Portogruaro, Bilatrekking e molti ancora, fino alla nascita di Sopraimille, gruppo determinante per la conoscenza e diffusione della montagna terapia, che ha promosso importanti iniziative di formazione e spazi di incontro, la capillarizzazione dei progetti e la rete nazionale di coordinamento dei gruppi operativi.

Nell’attualità si è organizzata una rete di contatti tra i gruppi attivi ed un coordinamento regionale e nazionale. Sono state individuate delle macrozone (corrispondenti a singole o più regioni) e dei referenti per ognuna di esse, con la finalità di sviluppare le esperienze di Montagnaterapia, favorire la conoscenza e i rapporti tra le realtà che già attuano questa attività e quelle in fieri, favorire reti locali di sinergie e la divulgazione delle metodologie e dei percorsi operativi.

A questo proposito un ringraziamento va al CAI di Bergamo che, grazie alla sensibilità e sostegno del suo presidente e della commissione medica, da anni accoglie e mette a disposizione la propria “casa della montagna”, il Palamonti, per gli incontri del Coordinamento Montagnaterapia della macrozona lombarda e della rete nazionale.

In parallelo si sono sviluppati eventi formativi: dal convegno di Pinzolo del 1999 su “*Montagna e solidarietà*”, ai tanti convegni organizzati in diverse regioni e città italiane, dai corsi del rifugio Pernici ad Alpenise, fino al primo convegno nazionale al Passo del Pordoi e al primo convegno internazionale di Riva del Garda, di cui quello odierno è la naturale prosecuzione.

“*Sentieri di salute: la montagna che cura*”: il via ai due giorni di intensi lavori viene dato dalla lezione magistrale tenuta dal Prof. Annibale Salsa, antropologo e Past President del C.A.I., la cui presenza è altamente significativa non solo per i contenuti trasmessi, ma anche per il ruolo avuto in questi anni come sostenitore e attivo promotore del progetto di montagnaterapia.

Le relazioni proseguono su uno dei temi centrali del congresso: il gruppo, nelle sue dimensioni terapeutiche all’interno del contesto montano, portando sia riflessioni teoriche sia contributi operativi declinati nei vari settori di applicazione e fasce d’età. Seguiranno il filone delle ricerche, poi le testimonianze dirette e le esperienze dall’estero, per chiudere spaziando sulla rete italiana.

Mi auguro che i contributi di questi due giorni siano utili e di stimolo per tutti, sollecitando sempre nuove iniziative per costruire una rete efficace rivolta alla promozione umana.

Fiorella Lanfranchi

Referente del Coordinamento Montagnaterapia

Macrozona lombarda

INTERVENTI

LECTIO MAGISTRALIS

Annibale Salsa*

** Antropologo, docente di antropologia culturale all'Università di Genova, Past President Generale del CAI*

“Ho seguito fin quasi dall’inizio i lavori sulla montagnaterapia perché ritengo che questa sia una proposta davvero originale, che va nella direzione di un ripensamento radicale del ruolo della montagna. Vi lancerò, in questa mia esposizione, alcune parole chiave che avrete poi modo di approfondire e sulle quali chiedo di riflettere. Innanzitutto quand’è che la montagna diventa luogo della terapia? Voi sapete che l’immaginario di montagna e delle condizioni della montagna non era un immaginario positivo, soprattutto quello legato all’alta montagna: era un immaginario legato spesso ai ghiacciai, spesso alle fasce solitarie rocciose della montagna, era un luogo in qualche modo della paura o addirittura del terrore, quindi tutt’altro che un luogo della terapia. Quand’è che si comincia a parlare di terapia in senso lato, nel senso sia fisico che psichico? Si comincia a parlare fondamentalmente intorno al 1600: il XXVII secolo è il secolo fondamentale per le Alpi, perché è il secolo della nascita della Piccola Glaciazione che vede l’inizio della crisi strutturale della montagna. Oggi spesso i politici, i governanti, gli amministratori locali parlano di crisi della montagna e della marginalità della montagna, spesso confondendo la crisi congiunturale con la crisi strutturale: ho detto più di una volta, ho scritto anche, che la crisi strutturale ha avuto inizio nel XXVII secolo. In quell’epoca i cambiamenti climatici portano la gente di montagna ad abbandonare i propri luoghi, per cercare occasione di lavoro altrove. L’icona delle Alpi è sempre stata la Svizzera, terra dove nel 1291 nasce la mitologia delle Alpi con i Cantoni forestali e nel 1700-1800 nasce il mito delle Alpi nel senso del mito dell’alpinismo: quindi è da qui che bisogna partire, dal bene e dal male della montagna. La Svizzera rappresenta la cartina tornasole dell’andamento della montagna. Allora che cosa accade? Quando ho lavorato sul tema dell’identità alpina, ho trovato un primo riferimento importante ad una patologia legata alla montagna e ad una possibile sua terapia. Il riferimento è ad uno studente di medicina, lo svizzero Johannes Hofer che nel 1678 conia per la prima volta in un proprio articolo il termine “nostalgia”. La parola “nostalgia” è di etimologia greca: vi è questa sofferenza della lontananza e quindi la voglia del ritorno. Ma tra chi la segnala? Tra quei montanari che erano costretti dai cambiamenti climatici, dall’avanzata dei ghiacciai, dall’impossibilità di utilizzare la montagna nelle sue fasce più alte, ad abbandonare le valli e a mettersi al servizio come mercenari: ecco l’idea del mercenariato svizzero al servizio dei diversi signori del tempo e del Vaticano, di vari papi quali Sisto IV o Giulio II della Rovere che istituisce la Guardia Svizzera, o del re di Francia. Però portano con sé che cosa? Un grande malessere, quello che nella letteratura clinica tedesca viene chiamato lo Schweizerkrankheit, cioè la malattia degli svizzeri. Hofer segnala una vera e propria sintomatologia clinica. Cito *“depressione, melanconia costante, incessante pensiero di casa, della loro Patria”*, non intesa come cittadinanza, ma come proprio skyline, come proprio orizzonte territoriale, concetto ripreso anche in ambito sudtirolese, concetto appunto di appartenenza ad una patria, vista come luogo dell’esperienza vissuta e della visibilità (Heimat). Ed è rimasta come idea francese del Router, patria intesa come realtà statuale astratta. Vengono inoltre citati

“Disturbi del sonno, insonnia, debolezza, inappetenza, ansia, palpitazioni, febbre, il cui esito finale è addirittura la morte se il malato non può rimpatriare”. Le casistiche prese in esame riguardano la vita civile, ma Hofer aggiunge segnalando la malattia che affligge i soldati mercenari svizzeri che si trovano al servizio del re di Francia. In Francia vi erano centinaia di montanari svizzeri, che facevano i mercenari, affetti da questa patologia, la cui terapia era quella di tornare alle loro terre lontane: ecco come la montagna che là non c’è, rappresenta una sorta di terapia. Questa teoria è stata contestata da tanti intellettuali svizzeri perché ne vedevano una provocazione, cioè vedevano questa terapia come una sorta di codardia. Ecco, è qui che parte. Quando si ripropone il concetto della terapia della montagna, come luogo della terapia? Si ripropone con Marcus, quando Marcus individua in un’area più definita delle montagne Svizzere, le Alpi del Cantone Vaud, un luogo deputato per antonomasia alla natura. Quando in Europa dilagavano le pestilenze e le epidemie, quell’angolo di Svizzera ne era rimasto fuori. Manzoni descrive la peste di Milano del ‘600: se leggessimo *“I promessi sposi”* in una chiave storico-antropologica, scopriremmo cose nuove rispetto a quelle apprese in ambito scolastico, ovvero il legame con la Svizzera, coi Grigioni, questa implosione del comportamento e del clima del mondo delle Alpi per cui le ripercussioni si fanno sentire nelle pianure e nelle città. Ecco che questo angolo di Svizzera diviene un modello che si propone di rafforzare l’archetipo originale di Guglielmo Tell, il mito della montagna pura, donatrice di senso, donatrice di significati, donatrice di salute, sia fisica che psichica. Ora con il *“messaggio sulla popolazione”* nel 1830, Marcus fa la fortuna degli svizzeri perché involontariamente, con la sua citazione, apre il discorso sulla terapeuticità della montagna e da qui si apre la grande immagine turistica della presenza sanatoriale delle montagne svizzere a cui si aggancia il concetto della *“Montagna Incantata”* di Thomas Mann e che diventa uno stereotipo, stereotipo di Heidi: artificioso, certamente, perché poi i miti si costruiscono, le identità si costruiscono, si creano; lo sappiamo noi fenomenologi che non c’è niente di genetico-costitutivo, le identità sono il rintocco delle trasformazioni sociali, sono il prodotto di un’identità acquisita non ascritta. Questo è un po’ l’elemento fondante. Allora la montagna comincia a cambiare, comincia a intravedersi una montagna come luogo del benessere. È un cambiamento, un grande passaggio epocale che noi studiosi individuiamo nella fine dell’ ‘800, quando vengono sfidati i turisti inglesi, come allora venivano chiamati, ospitandoli in Engadina nel periodo invernale. E questa è una provocazione perché l’immaginario inglese delle Alpi è un immaginario di salite estive non invernali, di sfida: infatti gli inglesi vedevano la montagna come luogo dell’invivibilità. Allora la sfida degli svizzeri consiste nel dire: *“venite in Engadina, c’è il sole, la neve”*. È così che la montagna diviene un luogo gradevole, di vivibilità, di turismo. Si potevano praticare le attività dell’andare per monti in inverno, intanto gli svizzeri avevano importato dai paesi scandinavi gli sci nordici. Un ingegnere modificò gli sci da fondo nordici in sci da discesa adattandoli alla conformazione alpina, da qui poi vennero esportati a Torino e si diffusero in Europa. Abbiamo infranto un tabù importante: la montagna diventa luogo di benessere, luogo della salute. È un capovolgimento: oggi noi diamo per scontato che la montagna sia un luogo di benessere, ma scontato non è. Noi fenomenologi diciamo che bisogna indagare psichicamente per far capire che queste affermazioni scontate non sono, rappresentano delle problematicità: l’ovvietà è una problematicità, questa è una sfida fenomenologica. E quindi, alla luce di tutto questo, abbiamo inteso la montagna nell’ottica di un luogo di cura, di benessere, di rinascita dell’individuo. Ma questo immaginario della montagna, che

interessava i mercenari svizzeri del '600, è un *tòpos* che si produce, che si forma nelle città, nell'immaginario urbano che porta ad una sorta di idealizzazione, di un luogo che viene vissuto come luogo di magia, come un luogo di ricreazione, come un luogo di piacere. Vi è un'enfatizzazione da parte del cittadino dell'immagine della montagna, che arriva fino all'esaltazione della montagna come luogo della purezza, dell'incontaminazione, giocata su due valori: quello fisico e quello etico-morale. Questo parallelismo è poi quello che accompagna questo rafforzamento dello “stereotipo della montagna terapia”. In fondo i montanari di fronte a questa rappresentazione come reagiscono? Con un certo scetticismo perché loro vedono la montagna come luogo della fatica, come luogo della sofferenze. Gli stessi abitanti del cantone Vaud, grazie a Marcus, scoprono di essere fortunati, perché sono stati sottratti ai drammi della pestilenza. Ma il montanaro non ha mai percepito la montagna come luogo della purezza, ma l'ha percepita come luogo della fatica, come luogo del terreno inutilizzabile con cui certamente c'è un legame di tipo affettivo, ma non può essere ridotto a quello. Il cittadino invece vede la montagna come il luogo retroterra della riabilitazione del sé. Allora il concetto di montagna si accompagna al concetto delineato in maniera chiara da un grande studioso antropologo italiano, Ernesto De Martino: il concetto di ambivalenza come condizione psichica di impedimento e di inibizione.

La montagna è vista come luogo della fascinazione. De Martino usa il termine fascinazione, invece del termine fascino, perché il termine fascino è legato ad una qualità estetica, mentre la fascinazione è giocata sull'ambivalenza, l'attrazione e la repulsione: la montagna nella sua imponentza attira e respinge. Respinge attraverso la sindrome della paura, spesso ci interroghiamo sugli incidenti sciistici, sugli incidenti in montagna, viene meno la soglia della paura che è una soglia inquietante ma che contrasta la cultura del “no limits”. In una società che considera come modello e paradigma culturale quello del superamento del limite ad ogni costo, capite che abbiamo un conflitto tra le diverse visioni del mondo. La montagna diventa la palestra del “no limits” e non riesce più a comunicare la forza della sua ambivalenza, non riesce più a comunicare la sua fascinazione. Si passa al fascino neo-romantico che cade spesso nella retorica e da lì si passa al luogo dove si mettono in scena delle performance di tipo tecnico-atletico senza limiti. Riporto la vostra attenzione sulla fascinazione, che, attraverso la paura, porta ad essere agito più che essere attore. Ma soggetti labili di fronte ad una montagna intesa come fascinazione nella sua ambivalenza si sentono agiti o si sentono attori? È una domanda che propongo agli studiosi. Proprio per questa sua fascinazione, la montagna rimanda ad una dimensione di sacralità, di qualcosa di totalmente altro, perciò diventa difficile stabilire delle relazioni. E poi in questo modo noi abbiamo uno sdoganamento dell'immagine tradizionale negativa della montagna, che smette di essere la montagna maledetta. Sapete come si chiamava il Monte Bianco prima del 1770? Si chiamava Maudit (maledetta), Montagna Maudit. Sarà poi lo svizzero Jacques Balmat a cambiare il nome da Montagna Maudit a Monte Bianco. Questi sono dei passaggi che hanno dei significati importanti. E ancora, quand'è che si comincia a delineare un'idea quasi empatica di rapporto con la montagna? Attraverso un poeta provenzale come Frèdèric Mistral e la sua raccolta di poesie, “*Mirèio*”, ambientata attorno alla montagna di Carl Cezanne: comincia a parlare alla pietra, alla roccia nella sua lingua e quindi si comincia a rompere una barriera legata alla condizione dell'agito nei confronti di una realtà dominante e indomabile. E qui parliamo di rocce, le montagne hanno diversi ambiti: ci sono le rocce e poi c'è una montagna più morbida, più rilassante,

ma la roccia ha un ruolo che alcuni autori definiscono “*maieutico*”, perché alla roccia si associa l’idea della potenza. Quante volte noi antropologi abbiamo individuato delle pratiche intellettuali tra le popolazioni di montagna in cui la roccia diveniva *Epifania del Sacro*? Quella sacralità che diviene positiva e negativa nella sua ambivalenza. Ma è potente e generatrice di energia: la roccia si teme ma si cerca di dominarla toccandola, con la ricerca degli appigli o, come si fa in un luogo di fede, quando la persona attraverso una pratica che più che religiosa è magica, pensate alla roccia di Lourdes o alla roccia di San Besso (in Piemonte), quando gli abitanti di Cogne andavano alla festa a toccarne la roccia. L’antropologia alpina nasce nel 1914 quando Robert Hertz, uno dei più brillanti allievi di Durkheim, andando in villeggiatura a Cogne e vedendo che in un determinato periodo dell’estate gli abitanti scavalcavano lo spartiacque con il Piemonte, capì che dietro questo pellegrinaggio c’era la ricerca delle platofonie, cioè delle manifestazioni di potenza. È il tentativo di convertire la potenza del negativo nella potenza del positivo: questa è la funzione terapeutica. In fondo anche i riti magici, i riti religiosi sono forme di terapia. Quando sono stato alle Alpi di Leno ho visto che l’amico Sandro Carpineta ci ha portato, ci ha bendato gli occhi e ci ha fatto toccare. Anche Hertz riprende il tema del toccare in un altro suo importante saggio “*La preminenza della mano destra*”, per educare alle sensazioni, agli atti sensoriali, educare alle percezioni e così via. Anche in questo la montagna rappresenta un serbatoio potentissimo, ricco di suggestioni e stimolazioni. E poi, sempre a proposito delle rocce, la montagna come ruolo dell’ascesi, dell’esercizio di salita, un esercizio di salita che ti può spingere. Si parla di un uso del mito di Sisifo, questo mito di spingersi in alto con la roccia che rotola. Anche qui c’è un altro momento di ambivalenza. Ho detto già del ruolo della paura: Bachelard dice che la roccia è “*un grande moralista*”, cioè maestra di coraggio.

Ma poi ci sono altri miti da decostruire o da ricostruire: la lotta con l’Alpe che richiama questo rapporto dell’uomo che vuole dominare. Allora questo richiama un altro mito importante, che è il mito di Serse: Serse frustava la superficie del mare. Se questo lo trasponiamo in montagna, diviene per analogia, un tentativo di dominazione della montagna, il dominio della tecnica sulla natura. La sindrome di Serse è un aspetto che nell’ambito psicologico-psichiatrico andrebbe recuperato. Quindi la roccia è un aspetto primordiale. Ma quale fra le rocce? I geologi ci hanno insegnato che a seconda del tipo di roccia cambia anche la tecnica di arrampicata, c’è la roccia cristallina e la roccia sedimentaria. Ma quale delle due? La prima: il granito protogino, che è quello del Monte Bianco, che già nella sua etimologia rimanda alla forza primordiale della natura. La roccia come essenza. Arrampicare sul granito vuol dire creare un’empatia con la potenza della natura, intesa come originaria, di Empedocle, delle quattro radici dell’essere. Un’antologia del primordiale. E quindi questo aspetto legato alla roccia granitica in particolare è molto significativo appunto: Goethe, Nietzsche e altri autori ad esempio fanno riferimento a questa realtà.

Noi attraverso la cultura del rischio, che è la cultura dominante della civiltà attuale, pensiamo di prevenire e calcolare tutto; ma il pericolo, il concetto del pericolo è legato all’imprevedibile, mentre il concetto di rischio è legato al prevedibile, al calcolabile. L’imprevedibilità non fa parte della cultura razionalistica contemporanea. Questo è un altro elemento che sottopongo alla vostra riflessione: il rapporto rischio-pericolo. Una condizione di pericolo è ineliminabile dall’esistenza umana. Ed è lì che bisogna curare:

guai essere senza il senso della paura, guai essere senza il senso del pericolo: ci sarebbe la robotizzazione della razza umana.

E poi il problema delle forze di sollevamento: qui viene fuori il mito di Icaro, questo bisogno del trascendimento, l’ *“ethos del trascendimento”*. Questa spinta dell’uomo dell’andare oltre, nel senso dell’interiorità di sé, la dimensione dell’irrealtà, che poi si esprime nel bisogno di religiosità, di superamento del sé, eccetera. Questo bisogno di sollevamento e di innalzamento contrasta con la forza di gravità che porta sempre a cadere in basso, nell’abisso, che è un termine della psichiatria che risulta abbastanza applicabile, la depressione. Anche qui la dimensione ambivalente: da una parte la spinta trascendentale, quasi ascetica, e dall’altra la forza di gravità che spinge sempre ad andare in basso. Anche Hegel è convinto, nelle sue lezioni di filosofia della natura, che la roccia primigenia sia il granito. Da qui il termine “granito” usato in chiave metaforica: “avere uno spirito di granito”. Il mito di Icaro richiama anche l’idea della pesantezza, in contrapposizione con *“l’insostenibile leggerezza dell’essere”*, superamento della dicotomia occidentale schizoide che vede contrapposizione tra mente e corpo, per arrivare a una visione olistica in cui non vi è più una parte ma c’è il tutto. La montagna suscita queste riflessioni. A proposito di dualismo, nel mio vagabondare attraverso le Alpi, dalla Liguria alla Slovenia, ho notato una cosa che poi ha trovato riscontro in alcune letture che ho fatto: per la gente di montagna oggi la montagna non ha più un valore terapeutico, ma anzi comporta isolamento, disagi di tipo psichico, sociale, esistenziale. E notavo che all’interno delle Alpi vi è una concatenazione di micro-ambienti che non ha eguali in nessun altro distretto montano. Pare che la risposta psichica a questi ambienti diversi sia diversa, se non contraddittoria. Se vediamo l’incidenza dei suicidi giovanili nelle Alpi, vediamo che ai primi posti troviamo casi riscontrabili nelle valli longitudinali: Valtellina, Val D’Aosta, Val Venosta. È un dato che mi ha scioccato: ma avendo attraversato le Alpi, ho notato la differenza tra condizioni atmosferiche nelle varie valli. A questo punto Leonardo Da Vinci ci ricorda che la leggerezza nasce dalla pesantezza: io non potrei avere il senso del leggero se non avessi conoscenza del pesante, perché è proprio dalla relazione che nasce la percezione del significato. Per un vero alpinista, dice Bachelard, lo zaino è un piacere positivo.

Ecco, vedete come la montagna offre occasioni e mille spunti per riflessioni: il passaggio da una montagna maledetta ad una montagna portatrice di salute è un passaggio culturale e noi abbiamo il compito di scoprire ciò, non è un passaggio obbligato, è legato ai passaggi socio-psico-culturali a cui l’uomo è andato incontro nella sua rappresentazione del mondo.

Bibliografia

- AA.VV. (1982) Prospettive di vita nell’arco alpino. Interventi di uomini di studio e di esperienza sul passato il presente e il futuro delle Alpi. Jaca book, Milano
- AIME, M.; SEVERINO, E. (2009) Il diverso come icona del male. Bollati Boringhieri, Torino
- BACHELARD, G. (1989) La terra e le forze: le immagini della volontà. Ed. Red, Como.
- BACHELARD, G. (1994) La terra e il riposo: le immagini dell’intimità. Ed. Red, Como.
- BACHELARD, G. (1988) Psicanalisi dell’aria, sognare di volare: l’ascesa e la caduta.. Ed. Red, Como.
- BACHELARD, G. (1975) Il diritto di sognare. Ed. Dedalo, Bari.

- BACHERLARD, G. (1973) L'intuizione dell'istante: la psicanalisi del fuoco. Ed. Dedalo, Bari.
- BACHELARD, G. (1972) La poetica della Rêverie. Ed. Dedalo, Bari.
- BENEDUCE, R. (1998) Frontiere dell'identità e della memoria. Ed. Franco Angeli, Milano.
- COOLIDGE, W.A.B. (1908) The Alps in nature and history. Ed. Mathuen & Co., Londra
- DE MARTINO, E. (1977) La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali. Ed. Einaudi, Torino.
- DE MARTINO, E. (1962) Furore, simbolo, valore. Ed. Il Saggiatore, Milano.
- DE MARTINO, E. (1962) Magia e civiltà. Un'antologia critica fondamentale per lo studio del concetto di magia nella civiltà occidentale. Ed. Garzanti, Milano.
- DE MARTINO, E. (1995) Storia e metastoria: i fondamenti di una teoria del sacro, introduzione. Ed. Argo, Lecce.
- DE MARTINO, E. (2005) Scritti filosofici. Ed. Il mulino, Bologna.
- DE MARTINO, E. (2008) Ricerca sui guaritori e la loro clientela. Ed. Argo, Lecce.
- DE SAUSSURE, H.B. (1796) Voyage dans les Alpes. Ed. Barde-Manget, Genève.
- GIORDANO, E; DELFINO, L. (2009) Altrove. La montagna dell'identità e dell'alterità. Ed. Priuli e Verlucca, Scarmagno (TO).
- HEGEL, G. W. F. (1954) Enciclopedia delle scienze filosofiche in compendio. Ed. Laterza, Bari.
- HERTZ, R. (1994) La preminenza della mano destra e altri saggi. Ed. Einaudi, Torino.
- MISTRAL, F. (1859) Mirèio (poema epico in versi).
- SALSA, A. (1996) Il mito delle Alpi. Cipra, Igls.
- SALSA, A. (2007) Il tramonto delle identità nazionali. Ed. Priuli e Verlucca, Scarmagno (TO).
- WEDEKIND, M.; AMBROSI, C. (a cura di) (2007) Alla conquista dell'immaginario. L'alpinismo come proiezione di modelli culturali e sociali borghesi tra Otto e Novecento. Antilia ed., Treviso.

TRE PERSONE, DUE SCARPE E UN PROGETTO: COME ANDARE IN BARCA SULLE MONTAGNE

Giuseppe Saglio *

* *Psichiatra, analista didatta della Società Italiana di Psicologia Individuale, docente presso la Scuola di specializzazione per psicoterapeuti della Società Adleriana Italiana Gruppi e Analisi, dirige l'Unità Modulare di Psichiatria di Borgosesia (VC)*

Avere cura, imparare ad avere cura: per conoscere il significato dell'*avere cura* occorre considerare la malattia che deriva, e il male che affiora, dalla sua assenza. La psicoriabilitazione e una sua applicazione come la montagnaterapia si fondano sul riapprendimento dell' "aver cura". Avere cura di sé e dei luoghi che si abitano. Occorre tener conto allora della sofferenza e del dolore che provengono dalla perdita di senso e dalla mancanza di compassione nei confronti delle cose del mondo. Iniziare la cura, iniziare ad aver cura è già stabilire un ordine nel caos mantenendo sempre viva e pertanto in continua trasformazione, la relazione con l'*umano* e con il *non umano* [11]: con la casa, la dimensione familiare, il dentro, e con la foresta, la dimensione estranea, il fuori. La montagna, in basso, comporta stare dentro alla valle, esporsi all'introversione; la montagna, in alto, comporta uscire fuori, esporsi all'attivazione, al fuori di sé.

Per questo abbiamo bisogno di abitare la casa, ma anche il nostro dentro, e di incontrare l'altro, il forestiero, colui che abita il fuori. La casa è il conosciuto e il familiare, lo spazio in cui ci identifichiamo e che ci appartiene, è lo spazio in cui ci sentiamo protetti e sorretti, è lo spazio della cura, è il gruppo curante di cui facciamo parte. Abitiamo la casa, ma abitiamo anche il gruppo curante. Forestiero è colui che proviene dalla foresta, che l'ha conosciuta e attraversata e che ci muove verso un'esperienza spaziale. È il diverso che ci sollecita al confronto e che ci induce a un'esperienza relazionale. È l'altro da sé che rimanda alla nostra identità e restituisce forma a ciò che non possiamo facilmente raggiungere. È l'*homo selvaticus* che temiamo e da cui siamo attratti riconoscendo in lui la nostra origine.

Foresta è lo spazio non umanizzato che circonda quello abitato. È lo spazio dell'oltre che ci respinge e che rifiutiamo perché non è nostro e ci inquieta. Ma è anche il non conosciuto che ci aspetta e che ci necessita. È rappresentazione dell'universo inafferrabile da cui proveniamo e da cui prende forma ogni significato. L'indifferenziato naturale ci chiama e noi rispondiamo per lasciare un segno (avere cura) che ci possa restituire un senso comprensibile delle cose e del nostro essere vivi in esse. È l'inizio di un'antropizzazione diretta e indiretta del "naturale": abitare e attraversare per addomesticare.

Qual è il senso della vita se non la piena consapevolezza del vivere? Ecco allora il bisogno di partire, di metterci in cammino, di fare esperienza dell'altrove con tutto il *noi stessi*. Dobbiamo rivolgerci ai suoi apparenti confini e toccare i nostri reali limiti. È così che può insorgere una paura; è così che iniziamo ad esporci ad un pericolo e per vivere dobbiamo esporci alla vita. È così che ci disponiamo ad una comprensione. È questo anche il senso della cura attraverso l'ambiente naturale che abbiamo scelto: la montagna, il grande spazio aperto del fuori che ci vogliamo portare dentro.

Per fare tutto ciò occorrono tre persone, due scarpe e un progetto. Tre persone sono già un gruppo, un gruppo con cui stare, con cui realizzare il nostro sentimento di appartenenza e che può fare qualcosa per noi restituendoci forme di supporto e di solidarietà; due scarpe sono uno strumento per muoversi in autonomia sulle proprie gambe e con le proprie forze, rappresentazione del bisogno di affermazione di sé; un progetto è una disposizione per il movimento nei termini di un *finalismo morbido* [9] e per il cambiamento, è un modello di pensiero, è la direzione verso la nostra meta fittizia, la nostra bussola, la stella polare, un orientamento strutturante, il Nord per il Sé creativo e per lo stile di vita [4, 5, 6].

Quando parliamo di gruppo nella prospettiva che ci viene offerta dalle esperienze di montagnaterapia consideriamo un’occasione generica che vorrei circoscrivere. A tale proposito propongo tre composizioni gruppali prevalenti che, pur considerando analogie, sono sostanzialmente differenti nelle finalità a cui tendono. Tuttavia possiedono elementi comuni e possono comprendere anche caratteri mutevoli. Rappresentano quelle dimensioni gruppali che ritroviamo abitualmente nelle applicazioni di attività di montagnaterapia. Un primo gruppo è costituito da persone che, insieme, vanno in montagna e mettono in comune una medesima situazione. Stanno insieme e, nello stesso tempo, sono sole. Il quadro *La Montagna (L'Estate)*, dipinto da Balthus nel 1937, le descrive pienamente.



Vediamo sette personaggi immersi in un paesaggio immaginario ispirato all’ambiente alpino svizzero. Giunti alla meta che si erano proposti si sono fermati a riposare. Il centro dell’immagine è dominato da una figura femminile che si stira alzando le braccia verso l’alto come ricerca e conseguimento di benessere. Accanto a lei, a destra, un’altra giovane donna è coricata sull’erba e pare addormentata. A sinistra, un soggetto maschile è inginocchiato e si appresta ad alzarsi in piedi con l’aiuto del bastone; fuma la pipa e ha un atteggiamento rilassato e riflessivo. Ai piedi ha deposto uno zaino che lo accompagnerà

ancora sui suoi passi. Arretrata, un'altra giovane stringe il proprio bastone nelle mani e contempla tutto l'insieme circostante. In una quinta successiva un uomo e una donna, affiancati, indicano un punto più lontano e sembrano provare stupore e fascino per il paesaggio che li sovrasta. Sullo sfondo, poi, un settimo personaggio appare solo, lontano, isolato: pur appartenendo al gruppo è già smarrito (o guarito?) e, tuttavia, resta alla portata dello sguardo degli altri. Si permette la lontananza, un momento di distanza e di solitudine senza rischiare l'abbandono e la separazione definitiva. È solamente la rappresentazione di una gita di gruppo in montagna o piuttosto la rappresentazione di un percorso di montagnaterapia?

Una seconda tipologia di gruppo è legata alla cordata. Le due immagini che ho scelto a questo riguardo sono incisioni di Gustave Doré del 1865.



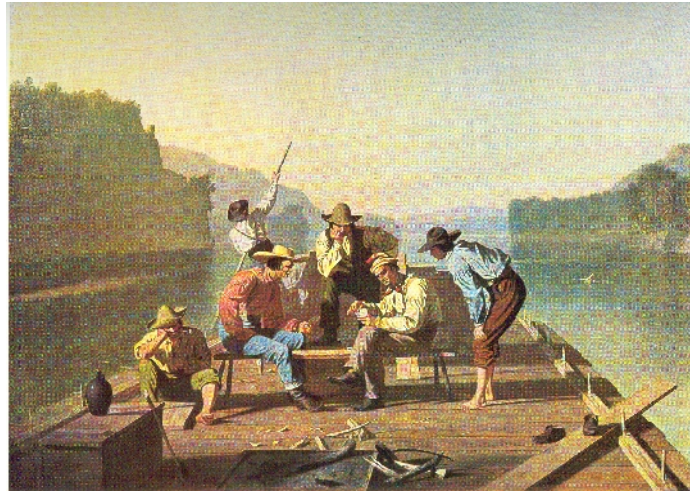
Raffigurano la cordata di Edward Whymper che raggiunge la vetta del Cervino e poi, durante la discesa, il precipitare di un componente del gruppo che trascina gli altri nello stesso destino. La corda è uno strumento per la vita, ma è anche un legame nella morte.

La corda crea unione, porta alla condivisione di un progetto comune, sancisce il tutti per uno e l'uno per tutti nella vittoria e nella sconfitta. È sicurezza, garanzia, protezione e incoraggiamento. Ma la corda è anche strumento per l'affermazione individuale, per il trionfo di uno solo, per la prevalenza senza riserve [1, 2, 5].

Dobbiamo essere consapevoli della nostra ambivalenza manifestata dai bisogni antinomici correlati di espressione della forza e di nascondimento della vulnerabilità. L'aula, il laboratorio, la scena in cui impariamo, ricerchiamo e rappresentiamo chi siamo diventano, in questo caso, i grandi spazi naturali. La montagna, in particolare, in quanto ci permette di muoverci secondo i nostri sentimenti prevalenti, secondo le spinte che maggiormente ci dominano: il sentimento sociale e la volontà di potenza [3, 4]. Apparentemente contrastanti e divergenti, in realtà strettamente interdipendenti.

Se il gruppo degli escursionisti di Balthus è rappresentato dalla “condivisione di una situazione”, la cordata di Doré è il richiamo alla “condivisione di un bisogno”. Il gruppo è utile per poter superare la solitudine; la cordata è necessaria per poter affrontare un pericolo.

A noi interessa però la terza tipologia: la barca in mezzo al fiume raffigurata in un dipinto del pittore realista americano George Caleb Bingham del 1847: *Barcaioli che giocano a carte*. La barca di Bingham rappresenta una consapevole “condivisione di una condizione”.



Una zattera percorre le acque calme di un grande fiume senza attraccare, al momento, a nessuna delle due sponde. La direzione è data da un conduttore che, con una pertica, mantiene la rotta; due persone, sedute su una panca, giocano a carte; altre due le osservano con attenzione senza offrire una loro partecipazione diretta; un sesto personaggio è seduto sul fondo dell'imbarcazione e volge loro le spalle rimanendo isolato in un atteggiamento pensoso. È lo standard di un contesto psicoriabilitativo in un Centro diurno. Un'immagine che si contrappone a *La nave dei folli*, dipinta da Hieronymus Bosch intorno al 1500.



In questo caso vediamo un carico di personaggi già perduti e raggruppati caoticamente su un'imbarcazione votata allo smarrimento e al naufragio, alla separazione senza ritorno, al viaggio senza fine e senza senso, all'annullamento definitivo piuttosto che ad un approdo salvifico. La nave dei folli è lo spazio istituzionale manicomiale viaggiante, ideato per la segregazione e per l'esclusione.

La barca in mezzo al fiume di Bingham rappresenta invece lo spazio semiresidenziale psicoriabilitativo che, mobile e flessibile, si pone come icona dell'intermedietà: i luoghi intermedi, compresi tra realtà e immaginazione, permettono di non perdersi ma anche di ritrovare ciò che si è già perduto. «Il gioco, la poesia, l'arte, la religione, le manifestazioni della cultura, il viaggio nell'ambiente naturale sono i costituenti dell'intermedietà tra ragione e sentimento, tra difesa e attacco, tra fuga e ritorno, tra deriva e rinascita; ma sono anche strumenti della cura nei confronti della malattia e di fronte al dolore dell'esistenza» [7]. È questo il viaggio della cura verso un maggior benessere, tra le sponde della salute e della malattia. Si tratta innanzitutto di considerare l'escursione tra perdita/impossibilità e ritrovamento/restituzione delle potenzialità evolutive e di recupero, attraverso l'offerta al paziente di un'esperienza transizionale da svolgere nello spazio tra le parti, e di un processo di incoraggiamento strutturato al riguardo [7, 10].

Per poter svolgere una terapia analogica come la montagnaterapia dobbiamo salire sulla barca e viaggiare attraverso le montagne, risalendo i fiumi che diventano torrenti, andando controcorrente fino alle sorgenti e forse, se avremo ancora più forza e coraggio, fino alle cime per respirare il cielo. Andremo allora in barca sulle montagne perché la barca è lo spazio del gruppo che accoglie e tollera anche chi non è ancora pronto o sufficientemente avanti nel processo riabilitativo, seppur già avviato in una prospettiva di cura.

La barca è uno spazio circoscritto, concluso ma non chiuso nei confronti dell'esterno che vuole attraversare ed esplorare, è lo spazio della famiglia, del gruppo/comunità sociale viaggiante come esperienza/laboratorio in movimento e in continua trasformazione. La barca è una condizione comune dell'esistenza. Ce lo insegna Jerome K. Jerome con il suo romanzo del 1889 *Tre uomini in barca (per non parlare del cane)* in cui, tra comicità e drammaticità, ci racconta perché è bene mettersi nell'avventura del vivere.

Ci dobbiamo “imbarcare in qualcosa” per poter “essere poi tutti sulla stessa barca” e navigare verso un possibile approdo. Riconoscimento e affermazione di sé e sentimento sociale nelle declinazioni dei bisogni di condivisione e di appartenenza.

La barca, come dimensione analogica della montagna, diventa allora condizione utile e necessaria per affrontare la malattia mentale nella prospettiva psicoriabilitativa. Percorrendo la linea centrale del fiume fluttua nell'interspazio favorendo la necessità di «essere con-centrati ed es-traniati nello stesso tempo. La permanenza tra il dentro e il fuori crea un flusso continuo tra risorse dell'ambiente e risorse individuali. La concentrazione su ciò e in ciò che si sta facendo è senza dubbio influenzata dal luogo in cui si agisce, ed è il fare che correla lo spazio corporeo con l'ambiente circostante». [7]

La montagna possiede di per sé una configurazione analogica che, rappresentando e rievocando continuamente il confine tra lo spazio umanizzato e quello selvatico e tra il presente culturale e il primigenio naturale, assume valenze specifiche per un recupero delle potenzialità dell'individuo. La dimensione analogica può offrire una possibilità di recupero delle risorse personali, non più facilmente riconoscibili a causa delle limitazioni esistenziali e funzionali prodotte dal disturbo psichico.

In montagna si impara una nuova e diversa direzione dello sguardo, si può riacquisire un altro senso della distanza, ci si confronta con il peso di una separazione. Il rapporto tra il *fare* e il *pensare* dell'alpinista diventa per il paziente un rapporto tra il *fare con* e il *pensare con* il gruppo curante, soggetto e spazio della cura con cui interagire per poter fare esperienza di esplorazione nel mondo e con le altre persone, negli ambienti esterni umani

e naturali che possono diventare incoraggianti e ristrutturanti. Disposi verso una ricostruzione di questi rapporti comprende già i fattori psicoterapeutico/riabilitativi della cura.

La montagna e la montagnaterapia permettono di fare un’esperienza individuale e di gruppo; di condurre e di essere condotti; di sentirsi autonomi e legati ad altri; di imparare ad essere responsabili nel proprio agire e ad esserne interpreti; di muoversi tra affermazione individuale e sentimento sociale, tra prevalenza di sé e cooperazione con l’altro. Espone ad un contatto e favorisce un incontro.

Il gruppo curante è costituito da figure professionali che offrono contributi personali e tecnici specifici e diversi tra loro e che concorrono al raggiungimento di obiettivi comuni attraverso un progetto condiviso. È un ambito capace di accoglimento empatico e di condivisione emotiva, di continuità e di stabilità della relazione, di autentica disponibilità [7].

Lo spazio psicoriabilitativo diventa così luogo della progettualità, della sollecitazione innovativa, della facilitazione esperienziale, del riconoscimento e dell’assunzione di responsabilità nei propri confronti e verso gli altri.

È evidenziabile, in tal modo, la dimensione intermedia del Sé creativo [6], come sistema altamente personalizzato di significazione dell’esperienza, come ponte tra le prevalenze dell’individualità e i bisogni dell’alterità. In questi termini il soggetto comprende che l’ambiente esterno acquisisce un arricchimento di senso e, riconoscendosi interprete di quella trasformazione, vede consolidata la propria consapevolezza e accresciuta la propria autostima [8]. Saper fare per saper essere.

Il gruppo, nelle configurazioni familiare e istituzionale che gli sono proprie, accetta le posizioni soggettive iniziali di passività e di incapacità per accompagnare, in un momento successivo, ad un confronto tra il Sé/Stile di vita dell’individuo e la realtà esterna [4, 5] nella prospettiva evolutiva del miglioramento, della crescita e della trasformazione continue al fine della conservazione dell’unicità e nel consolidamento dell’unità della persona.

Un’esortazione, ancora, ad avere cura di sé e delle cose del mondo, per poter fare di più e meglio.

Bibliografia

1. ADLER A. (1908), *Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose*, tr. it. La pulsione aggressiva nella vita e nelle nevrosi, *Rivista di Psicologia Individuale*, 46, 5-14, 1999.
2. ADLER A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. Il temperamento nervoso, Ed. Astrolabio, Roma, 1971.
3. ADLER A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. La conoscenza dell’uomo nella Psicologia Individuale, Ed. Newton Compton, Roma, 1994.
4. ADLER A. (1931), *What Life Should Mean to you*, tr. it. Cosa la vita dovrebbe significare per voi, Ed. Newton Compton, Roma 1994.
5. ADLER A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. Il senso della vita, Ed. Newton Compton, Roma 1997
6. ADLER A. (1935), *The Fundamental Views of Individual Psychology*, *Int. J. Ind. Psychol.*, 1, 5-8
7. CATTICH N., SAGLIO G. (2010) *L’oltre e l’altro. Arte come terapia*, Priuli & Verlucca editori, Scarmagno (To).
8. FASSINO S. (1988) *Sentimento sociale e Sé creativo: il gruppo e l’individuo*, *Individual Psychology Dossier*, I, Saiga Ed., Torino.

9. ROVERA G.G. (1988) La Psicologia Individuale: concetti fondamentali, Individual Psychology Dossier- I, Saiga Ed., Torino.
- 10.SAGLIO G., ZOLA C. (2007) In su e in sé. Alpinismo e psicologia, Priuli & Verluccha editori, Scarmagno (To) .
- 11.SEARLES H.F. (1960), L’ambiente non umano nello sviluppo normale e nella schizofrenia, Einaudi Ed., Torino.

MONTAGNA E RIABILITAZIONE: LA SITUAZIONE IN ITALIA OGGI

Sandro Carpineta*

** Psichiatra, dirige il Centro di Salute Mentale di Tione (Tn), Commissione Centrale Medica Club Alpino Italiano*

Lionel Terray ha il merito di aver tracciato un’eccezionale carriera alpinistica e di aver scritto molto, ma tra le sue tante intuizioni, tra il poetico ed il profetico, quella che maggiormente ha lasciato il segno è indubbiamente la sua definizione dell’alpinista, che è poi il titolo di un suo famosissimo libro: “Les conquérants de l’inutile”. Ricorrendo ad un gioco di parole potremmo pensare a noi stessi come “conquistati dall’utile”, come affascinati (presi dalla “fascinazione” e, quindi, non solo nella sua accezione magica o seduttiva) dall’aver assistito e soprattutto vissuto il progressivo avvicinarsi di due mondi, di per sé apparentemente molto lontani: il mondo del disagio e della sofferenza e quello della montagna.

E se conquista c’è stata, la maggiore e più importante è stata quella di esserci sempre mossi in una dimensione di continua evoluzione, di incessante movimento e di inarrestabile ricerca.

Ricerca di metodologia, di coerenza, di scientificità; ma tutto costantemente mosso da passione!

Affrontare oggi questi temi rimanda inevitabilmente ad una domanda che, fin da quando Giulio Scoppola coniò il termine, continuiamo a porci: COS’E’ LA MONTAGNATERAPIA?

Gli amici romani hanno proposto una definizione che oggi rappresenta senz’altro la migliore e più completa sintesi sull’argomento: *... un originale approccio metodologico a carattere terapeutico-riabilitativo e/o socio-educativo, finalizzato alla prevenzione secondaria, alla cura ed alla riabilitazione degli individui portatori di differenti problematiche, patologie o disabilità; esso è progettato per svolgersi, attraverso il lavoro sulle dinamiche di gruppo, nell’ambiente culturale, naturale e artificiale della montagna (tratto dal sito montagnaterapia.it).*

Ma il dibattito sul tema è rimasto in questi anni sempre attivo e vivace; e se il termine è ormai accettato ed usato da quasi tutti noi (nell’ambiente della salute mentale così come nel C.A.I.) ancor oggi non tutti la condividono a pieno, ad alcuni la definizione “va stretta” o viene considerata riduttiva, per altri è addirittura inutile.

La vera domanda rimane comunque sempre la stessa e potrebbe essere così sintetizzata: la montagna può essere fonte di cura e di riabilitazione?

E consci del fatto che può essere difficile trovare una risposta risolutoria, definitiva e totalmente soddisfacente, allora proviamo a scomporre il problema, esaminiamo le varie parti che formano il tutto.

In questa sede non possiamo essere esaustivi su questo tema e quindi rimaniamo sui suoi contorni più ampi, ancorché più sostanziali. La proposta è di esplorare quattro diverse aree, ognuna peculiare ed importante, utilizzandone i propri contenuti come “coordinate” che ci possano guidare verso una soddisfacente definizione di quanto stiamo cercando.

Tale esplorazione ci condurrà a considerare le diverse aree in cui si può agire, quindi mettendo subito al centro della nostra osservazione la persona, con i tanti disagi a cui

questi tipi di intervento cercano di dare una risposta; in seguito un accenno alle metodologie e tecniche che vengono usate; poi uno sguardo a chi sono gli “attori” di questi interventi, da chi sono attuati questi progetti; ed infine quali sono oggi i rapporti che rendono possibile la loro attuazione.

Vediamoli sinteticamente.

1. Diverse aree di intervento

Molto schematicamente (e sicuramente in maniera non del tutto esaustiva) possiamo dire che attualmente siamo a conoscenza di esperienze che operano in molte aree.

La maggior parte di tali esperienze si ritrovano in ambito principalmente sanitario. Sicuramente oggi in Italia i gruppi impegnati nell’area della salute mentale sono i più numerosi, ma appaiono altrettanto importanti le esperienze dei gruppi che si inseriscono in percorsi riabilitativi per tossico-dipendenti, così come quelle (con maggior connotati educativo/pedagogici) nati nell’ambito della disabilità psico-fisica.

Con caratteristiche ancora diverse sono nati in Italia molti percorsi per persone ipo- o non-vedenti, quindi centrati sulla dimensione “sensoriale” della propria esperienza. E sempre nell’ambito sanitario ma con non casuali rapporti con il mondo della ricerca e dell’Università si trovano quei tanti gruppi che si muovono nella riabilitazione cardiologica o in particolarissimi settori quali quelli della cura delle patologie dell’occhio, della patologia diabetica, oncologica ed ortopedica.

Se gli interventi in ambito principalmente sanitario sono di certo i più numerosi, da alcuni anni stanno venendo alla luce nuove e suggestive sperimentazioni in campo sociale, rivolte a gruppi di “adolescenti problematici” o più generalmente utilizzate per favorire una migliore integrazione sociale (ad es. esperienze rivolte ad immigrati ed extra comunitari)

Da questa sintetica e sicuramente incompleta ricognizione emerge un quadro ricco e complesso di proposte oggi presenti in questo settore, in cui le forme di “sapere confinanti” ed i reciproci voluti “inquinamenti” assumono valenza di un valore aggiunto indispensabile.

2. Diverse metodologie e possibili “terreni di gioco”

Questo secondo sguardo lo possiamo su aspetti più tecnici e di metodologia, con la necessaria precisazione che quella che assomiglia ad una mera e fredda lista di tecniche nasconde di fatto un mondo quasi inesauribile di opportunità e risorse nel campo dell’intervento riabilitativo.

2a. E’ innanzi tutto possibile svolgere un lavoro mirato rispetto ad alcune specifiche dimensioni, e al contempo si può attivare una integrazione e reciproca interazione tra le stesse.

La dimensione gruppale è probabilmente la principale, sia per la sua valenza psicomotricità che per l’impatto riabilitativo; ma a questa si affianca ovviamente una necessaria attenzione al corpo del singolo, inteso come “luogo di auto-percezione” ma anche di continua ri-definizione nel rapporto tra sé ed ambiente. Questo insieme di gruppaltà, dualismi e percezione del proprio sé, nelle sue quasi infinite articolazioni, rappresentano probabilmente l’aspetto principale di questa esperienza. Anche tenendo conto del fatto, non secondario, che tutto necessariamente avviene in un’ottica olistica, in cui l’individuo è centrale ed al contempo integrato nel gruppo.

2b. Una particolare attenzione va riservata alla dimensione socio-relazionale, innanzi tutto caratterizzata da un’“atmosfera” impregnata da una totale assenza di stigma. Questo elemento, uno dei più fondanti l’esperienza di montagnaterapia, passa attraverso il praticare costantemente una efficace e positiva relazione d’aiuto reciproca, percepita in quanto improntata alla solidarietà interpersonale e del gruppo. In questo ambito relazionale assumono una notevole importanza i “riferimenti gerarchici”, volutamente ed inevitabilmente modificati: paziente, medico, accompagnatore, educatore, guida alpina si trovano a rimodulare il proprio ruolo e la propria posizione nel gruppo. Un gruppo che si trova “positivamente costretto” a progettare assieme, a perseguire insieme la meta, ad aspettare l’ultimo, a condividere il cibo, a ripensare l’ultima gita con l’ausilio di ricordi e foto ...il tutto necessariamente in una voluta e ricercata dimensione non-sanitaria

2c. In apparenza gli elementi tecnici sono i più neutri e meno coinvolgenti, ma se li esaminiamo con attenzione ed alla luce della esperienza individuale e della propria operatività, ne scaturiranno una notevole quantità di proposte, idee, osservazioni e valutazioni.

In questa logica il rapporto con l’ambiente e con la natura è dominante, in tutti i suoi aspetti: quindi quelli più remunerativi (la bellezza dei luoghi, la serenità percepita ecc.) sono immediatamente sentiti positivi e creano “facilità” nel fare le cose, ma i disagi da affrontare (brutto tempo, fatica, ecc.) mettono di fronte ai propri limiti. In questo contesto, non controllabile e non prevedibile, definire individualmente e in gruppo quale è la meta, il percorso, l’obiettivo, lo scopo del giorno, permette di scandire la misura di ciò che accade, di dare una forma all’esperienza. Mutuiamo in tal senso il concetto di “esperienza vissuta” di Correale, che concettualizza l’idea di un processo riabilitativo quale “luogo dove la persona può sperimentare esperienze globali ripetute”, presupposto e fondamento per la crescita e affrancamento del “senso di sé”.

Anche le tecniche assumo valore in quest’ottica: il ruolo nel gruppo, il saper usare una corda ed assicurare un’altra persona, fare bene uno zaino o vestirsi opportunamente, sapersi alimentare in maniera equilibrata, orientarsi...sono tutti tasselli ed ingranaggi di un insieme.

3. Diverse forme di “sapere” e nuove professionalità entrano in contatto - nascono nuovi rapporti e collaborazioni

Una caratteristica essenziale di questa esperienza è che ha permesso un originale e positivo uso di nuove figure e di nuove professionalità, e questo nella stessa misura in cui mondi una volta lontani si sono avvicinati, incontrati ed amalgamati.

Il “sapere sanitario” o il “sapere sociale” hanno da sempre fatto perno su figure di alta professionalità, ma contraddistinte da specializzazione e settorialità nell’intervento.

Queste nuove ed originali esperienze costringono (il termine è forte ma adatto) a fare i conti con la possibilità che l’intervento riabilitativo o più genericamente di aiuto venga attuato da altre figure, pur in un contesto progettuale che deve dare comunque un senso all’azione, al gesto, alla parola. Per fare un esempio pratico ed emblematico, la Guida Alpina diventa (in questa ottica e, ripeto, in questo contesto pre-pensato e pre-definito) soggetto che va oltre l’essere un tecnico e un professionista; assume un ruolo attivo, diventa “strumento partecipe e integrato” all’interno di un progetto che supera il semplice(?) accompagnare delle persone in montagna.

E questo perché le accompagna con un atteggiamento attivo su un sentiero teso al cambiamento attivo.

Discorso simile può essere fatto per l'altro aspetto, quello più istituzionale. Chi poteva immaginare, anche solo dieci anni fa, che mondi così storicamente e culturalmente lontani come quello della sanità, della montagna e del sociale potessero incontrarsi, parlare e collaborare? Ebbene si può dire che l'esperienza della montagna terapia ha avuto un ruolo quasi pionieristico, mettendo attorno ad un virtuale tavolo le Aziende Sanitarie, il Club Alpino, le Cooperative del Privato Sociale, le Amministrazioni Pubbliche, il mondo del volontariato...e tutte le agenzie, enti e gruppi che di volta in volta hanno potuto e saputo giocare un ruolo nelle specifiche situazioni. Ed è importante sottolineare che sempre più spesso tali collaborazioni nascono e si consolidano anche attraverso strumenti formali, con protocolli d'intesa ed accordi programmatici che danno una precisa e riconosciuta forma agli interventi e che, al contempo, portano a conferire dignità e visibilità ai progetti.

4. ...E ci sono poi le scommesse per il futuro...

4a. Accreditare le nostre azioni

Da tempo riflettiamo su un'importante questione: non ci si può più accontentare di un intervento che “va bene per il solo fatto che lo sto attuando”, affermazione che rischia di sorreggere il nulla e di sdoganare tutto ed il contrario di tutto!

Oggi è necessario dimostrare, documentare, provare. Non solo per una relazione sempre più stretta tra “quello che si fa” e “quanto ci costa farlo” (come sottovalutare oggi l'aspetto economico delle nostre azioni?) ma soprattutto per una questione etica e di scientificità.

Questo significa, in sintesi, che dobbiamo doverosamente perseguire azioni che siano credibili, attendibili sul piano scientifico e riproducibili nella pratica riabilitativa e assistenziale; quindi una costante tensione di un pensiero che venga sempre prima dell'azione.

Tutto ciò diventa tanto più una necessità proprio perché tutto avviene in un ambiente ed in un'atmosfera molto motivante, in cui tutto rischia di essere bello e accattivante... e quindi il rischio che “...tutto va bene, tutto è bello...” è sempre presente!

Come superare questo rischio? In parte lo abbiamo già detto: essere credibili ed attendibili sul piano scientifico, quindi ricercare continuamente (con tutta la difficoltà che questo comporta) degli strumenti valutativi che misurino le nostre azioni ed i risultati che otteniamo con queste.

Ma anche trovare tempi, modi e strumenti per la divulgazione dei nostri progetti, renderci visibili, uscire da un settore poco conosciuto e che in qualche modo rischiamo di sentire protetto ma che alla fine diventa criptico ed autoreferenziale.

Quindi parlarne, scrivere e cercare il confronto, nel mondo scientifico così come in quello della montagna ed alpinistico.

4b. Implementare l'informazione

Il mondo di internet e della rete offrono oggi un'opportunità inesauribile per favorire la comunicazione interna ed esterna, i rapporti tra i gruppi attivi e tra quelli che stanno mettendo a punto nuovi progetti. Ma sembra che l'incredibile potenzialità di questo strumento non venga a pieno utilizzato, tanto che oggi tante iniziative che potrebbero interessare molti vengono alla luce in ambiti ristretti e finiscono con l'essere ignorati dai più. Nell'incontro al Centro “B. Crepaz” del 2006 si era creata la prima base per questo

lavoro ed il sito www.sopraimille.it era stato indicato come contenitore ove far confluire ogni forma di sapere, di informazione e di aggiornamento, agenda di appuntamenti e calendario di iniziative; ma il materiale è sempre scarno e dopo una prima stagione entusiasmante ... gli apporti si sono ridotti e sempre meno gente fornisce idee ed energie (pur rimanendo molto alti sia gli apprezzamenti che il numero dei contatti). Ed anche la nascita di altri siti (primo tra tutti quello degli amici romani, molto curato e ricco di informazioni) non ha risolto il problema.

Questa partita necessita di essere giocata con motivazione e fino in fondo, è un'occasione da non perdere.

4c. Dedicare energie e risorse alla costruzione di una rete efficace, riconosciuta e condivisa. Già nel 2003-04 alcuni gruppi in Italia sono entrati in contatto ed hanno iniziato a parlarsi, ma è nell'anno 2006 che si iniziano ad individuare in maniera più sistematica i gruppi già attivi, a favorire la comunicazione, ad organizzare incontri, promuovere lo scambio di esperienze e le occasioni di formazione. Proprio nel 2006 il già ricordato incontro al Passo Pordoi, nel Centro di Formazione della Montagna del C.A.I., ha sancito l'esistenza di una rete operativa su tutto il territorio nazionale, un insieme informale di esperienze che decidevano di entrare stabilmente in contatto e di rappresentare gli snodi di una dinamica rete creata per favorire l'interscambio di esperienze di tutte le varie forme di sapere che man mano nascevano ed entravano in contatto. Proprio su questo principio, due anni dopo, i rappresentanti di quello che era nato come un coordinamento informale, e che intanto mantenevano forti reciproci rapporti, sancivano un'ulteriore evoluzione verso quello che da quel momento veniva a chiamarsi il “Forum dei Saperi della Montagna che Aiuta”. Si confermava anche la modalità di comunicazione, basata sulla suddivisione del territorio nazionale in Macrozone; questa organizzazione permetteva lo sviluppo locale di contatti e conoscenze tra i gruppi (una dimensione “intra”) con al contempo la possibilità di sviluppare rapporti tra le diverse aree territoriali nazionali (dimensione “inter”) garantita dall'individuazione di referenti di macrozona. Anche in questo specifico caso il sito sopraimille ha una funzione di “bacheca” informativa di tutto quanto le varie Macrozone vorranno mettere a disposizione del mondo della montagna terapia. Riferendoci ad una frase per noi sempre molto significativa, secondo cui: *“il principio è simile a quello pensato per costruire le ciaspole: più la base che accoglie il peso è allargata ...meno si rischia di affondare con esso! (Mary Marshall, 1998)”*.

4d. Promuovere formazione

Infine, ma non certo per ultimo, un accenno alla formazione.

Non è affatto secondario o casuale che tutti i primi contatti tra operatori siano nati partendo da incontri formativi proposti ora dall'uno ora dall'altro gruppo. Iniziative che, ad esempio, presero forma con i primi incontri al Rifugio Nino Pernici e che fin da subito sottolineavano alcune necessità irrinunciabili: dare forma a qualche cosa che “ancora forma precisa non aveva”, fondare la nascita di questo approccio originale su dei principi teorici validi e significativi, fare della promozione formativa un asse centrale, ipotizzare per il futuro una formazione costante e riconosciuta da tutti sotto il “cappello” di un metodo sempre più teso ad una sua chiara definizione.

Alle prime esperienze del Rifugio Pernici ne sono seguite innumerevoli altre, ora di risonanza locale, ora di interesse più esteso, sino a giungere all'appuntamento di Riva del

Garda del novembre 2008 ed a questo di Bergamo, due incontri in cui la dimensione nazionale si è arricchita di numerosi contributi internazionali.

Che si tratti di occasioni auto-formative locali, di eventi “sul campo” di tipo esperienziale, di convegni di approfondimento scientifico, ogni momento teso alla informazione ed alla formazione rappresenta oggi una dimensione irrinunciabile e prioritaria di questo progetto.

In questo brevissimo riassunto di anni di attività le parole chiave sono state molte, partendo dalla fotografia dell’attuale che considera le possibili aree di intervento e le tecniche che vengono seguite, le figure e professionalità coinvolte così come i vari “soggetti organizzati” che partecipano con la propria presenza.

Altrettanto se non più importante la traiettoria futura, che vede nell’accreditamento, nell’informazione, nel potenziamento di una rete comunicativa e nella continua creazione di spazi formativi i possibili (indispensabili?) momenti da ripensare e potenziare.

Ma come potrebbe essere altrimenti?

Questa esperienza ha come suo punto di forza proprio l’essere nata partendo dalle stesse posizioni che vuole conquistare. Posizioni che ci portano a “...essere conquistati dall’utile...”.

Bibliografia:

CORREALE, A. (2001), “L’infinitezza della montagna come infinitezza sostenibile”. Atti del convegno: Curare a cielo aperto, la montagna come risorsa psicosociale trasformativa, Roma

TERRAY, L. (2002) I conquistatori dell’inutile. Vivalda ed, Torino

DIMENSIONI TERAPEUTICHE DEL GRUPPO IN MONTAGNATERAPIA : UN CONTRIBUTO TEORICO

Paolo Di Benedetto*

** Psichiatra – Dipartimento Salute Mentale Azienda USL Rieti, Referente Montagnaterapia Macrozona del Centro Italia*

Quale contributo agli aspetti teorico clinici della dimensione curativa del gruppo e delle regole che tali gruppi possono assumere, vorrei partire da una considerazione che da alcuni anni è al centro del dibattito psicanalitico e psichiatrico : la mutazione antropologica cui l'uomo è sottoposto dall'efficienza o presunta tale del progresso tecnologico, che spinge i soggetti ad essere assoggettati a una spinta pulsionale imperativa, senza ancoraggio alla funzione simbolica della castrazione.

La psicanalisi e la psichiatria si fondano sul concetto di inconscio e sull'esperienza che dell'inconscio abbiamo. Per semplificazione possiamo seguire una traccia che sia Charles Melman, sia Massimo Recalcati in questi anni tendono a rimarcare.

L'inconscio ci rinvia a tre postulati essenziali :

- un'esperienza di verità, che ci tocca nell'intimità, nella bizzarria, nella particolarità della nostra storia; la verità dell'inconscio parla dove si concentra il mistero della sofferenza del soggetto
- un'esperienza di differenza: ogni soggetto fa esperienza di una singolarità, non comparabile e non comune che rende talvolta debole il governo dell'identità e discontinua l'esperienza dell'esistenza (lapsus, sogno, sintomo ce ne rendono testimonianza)
- un'esperienza del desiderio: esperienza del desiderio come indistruttibile e quindi impossibile da adattare ad ogni tentativo di dressage. Il desiderio è un movimento insistente di apertura verso l'Altro dalla quale sorge costantemente la domanda: ma quale è il desiderio dell'Altro per me, quale la storia che l'Altro traccia per me e per la mia esistenza?

In tale maniera sappiamo di essere assoggettati all'Altro, che la matrice del desiderio si colloca nella nostra vita infantile e nelle esperienze infantili rimosse al punto che Francoise Dolto ci ricorda come la nostra capacità di negoziare i conflitti e le crisi si modella sulla modalità di negoziazione avvenuta nelle prime fasi dell'esistenza .

Ma in questi anni, come accennavamo prima, si assiste a una mutazione antropologica che mostra un antagonismo tra il tempo personale e intimo e il tempo attuale dove impera la tirannia iperpositivista che umilia l'inconscio o trattandolo come luogo ottocentesco o romantico della superstizione o del magico o come luogo di un combattimento neuroendocrino, endorfinico o recettoriale, l'amore ai tempi della biochimica.

L'antagonismo all'inconscio si produce anche nel rigetto del pensiero, della riflessione e della disponibilità a perdersi e incontrare la precarietà, il kairos, il momento opportuno e transitorio che occorre cogliere per preservare un coefficiente di precarietà che Jean Oury, già anni fa, definiva essenziale per la sopravvivenza dinamica dei luoghi e delle modalità di cura e quindi anche del soggetto .

Il tempo attuale sembra refrattario al tempo lungo, teso come è solo a vivere l'esistenza nella modalità maniacale con modi e stili di vita spesso segnati dalla tendenza a forme di

dipendenza o a scariche pulsionali aggressive ed irrequiete o a passaggi all’atto compulsivi. Proprio in questi giorni abbiamo assistito costernati e addolorati alla morte del tassista di Milano morto come un cane per un cane.

Questo periodo è contrassegnato come dice Racalbutto o da una perversione del cambiamento come culto del nuovo a tutti i costi o come una tendenza elettiva verso comportamenti di addiction dove la densità degli oggetti parziali rischiano di intasare sempre più il corso del pensiero.

Ma ciò che più allarma di questi anni è la crisi del rapporto tra desiderio e la legge: senza limite al godimento immediato non c’è spazio per il desiderio, senza la legge non c’è sostegno possibile al desiderio, non c’è la possibilità di garantire una scena ove la tensione conflittuale tra desiderio e legge si differenzia e si coniuga nella differenza, dove non si preserva lo spazio tra principio del piacere e di realtà.

I tempi attuali sono quelli di un iperedonismo diffuso che cancella ogni limite al godimento, con la conseguenza che il consumo spinge la vita emotiva alla rinuncia dell’incontro, alla consuetudine che tutto si consuma e si dissolve.

Il tempo attuale soffia nella direzione di un sapere sterile fatto di catalogazioni, classificazioni, protocolli, procedure, evidenze cliniche, insomma potere opaco della statistica e della burocrazia aziendale.

Noi psichiatri sappiamo o forse dovremmo sapere che gli eventi trasformativi sono alleati dei processi inconsci e come talvolta giungono sorprendentemente in sovrappiù rispetto alla volontà di cura: ma il tempo di cura psichiatrico da molti anni offre l’immagine di una temporalità ortopedica, riabilitativa, prestazionale e conforme a logiche e comportamenti lontani dai concetti mai confutati della psicoterapia istituzionale di Tosquelles e Oury .

La conseguenza di ciò è che si assiste al proliferare, accanto alle strutture psicotiche della clinica psichiatrica, di una clinica del vuoto, come rileva Recalcati, ove appare il sintomo per arginare l’angoscia, dove l’imperativo categorico di Kant (cielo stellato e legge morale) è sostituito dall’imperativo “devi godere”, al punto che le nuove forme cliniche non entrano in conflitto con la vita amorosa (con le sue inibizioni, indecisioni, scissioni e quanto altro) ma si avviano inesorabilmente verso l’assenza della domanda d’amore per sostituire i partner umani con oggetti inanimati come sostanze , cibo, computer, tutti icone dell’immagine narcisistica del sé .

La nuova psicopatologia mostra però in questa fenomenologia un fondo psicotico e ci obbliga a ripensare alla distinzione strutturale tra nevrosi e psicosi: la nevrosi, come malattia del disagio della civiltà e la psicosi con Lacan come rifiuto del disagio della civiltà in un disperato tratto di non integrazione con nessun discorso prestabilito, con nessun patto simbolico tra uomini. E’ il collasso del simbolico e il ritorno del reale, come vediamo nelle allucinazioni.

Questo spiega come le nuove patologie, processi privi di pensiero e dominate da scariche pulsionali sembrano dominate da un sopraggiungere di un impulso mortifero e sregolato che alimenta aggressività, angosce, comportamenti temerari e anticonservativi in cui il godimento si dissocia dal desiderio e si impone come un tiranno.

Il discorso che Lacan fa a Milano nel 1972 evidenzia questa avidità del consumo e l’assoggettamento al potere del consumo, come preconizzava anche Pasolini che sosteneva come il potere necessitasse di consumatori non di sudditi: siamo nel tempo dell’evaporazione del Nome del Padre.

Ghigliottinato l'uno e l'ideale che aveva strutturato i legami sociali, venuto meno il tutore dell'ordine simbolico, trascendente e assicurativo della funzione paterna, si assiste al fenomeno dell'universalismo, della globalizzazione ove ogni oggetto di godimento è disponibile e dappertutto. Gli psichiatri e gli psicologi dovrebbero sapere che senza l'ombrello protettivo del Nome del Padre l'insicurezza scorrazza senza alcun schema difensivo e così l'epoca ipermoderna non è solo l'epoca dell'alleggerimento dai pesi degli ideali ma l'epoca della deriva.

Ma il nostro procedere che coniuga psichiatria e montagna ci impone l'interrogativo dell'Homo viator. Lo spazio per l'uomo viator è il paesaggio di un viaggio dell'esperienza: spazio ulisseo per l'uomo ben strutturato e uno spazio entropico, privo di aperture per un uomo sofferente bisognoso di raccoglimento e ritrovamento, incapace di abitare e creare lo spazio. I nostri pazienti peregrinano, passano la vita a camminare senza sforzo, ma i loro itinerari sono asintotici, tangenziali alla vita, mancano di costruzione lineare e del tempo: l'uomo viator vive la vita come un viaggio, perché in lui c'è la vettorizzazione fallica della vita: una vita in cui non vi è tale vettorizzazione si dissolve al primo crocevia.

Secondo Lacan la concezione della vita come un viaggio risalirebbe a Socrate: Socrate chiede la morte perché voleva continuare a parlare con gli immortali e parlare in eterno .. non abbiano idea di quanto la concezione di Socrate costituisca un riferimento all'ossatura delle concezioni cristiana della vita/morte ma questa è un'altra questione.

Non dimentichiamo che la felicità è una buona divisione avvenuta nella storia del soggetto, una castrazione simbolica. Con il termine *eudaimonia*, gli antichi Greci designavano una “vita realizzata”, una “vita degna di essere vissuta”, capace di essere in sintonia con le più profonde caratteristiche dell'essere umano, una buona parte che viene dall'Altro con tutte le conseguenze per il soggetto.

La buona pratica della montagna non solo sostanzia la divisione come essere in sintonia ma valorizza la questione del viaggio come riferimento al tempo lineare, alla freccia del tempo, alla vettorizzazione della vita secondo il suo termine che è la morte ma si articola con le questioni cliniche, antropologiche e religiose prima citate. Tutto ciò che precede, accompagna e succede alle nostre escursioni ha il carattere di una sussistenza del Nome del Padre, così come camminare è la conseguenza dell'intervento del Nome del Padre sulla struttura.

Per elevare al rango di terapia questa attività di abilitazione occorre che la funzione paterna continui ad essere il luogo terzo rispetto alla specularità immaginativa e al godimento unico, che il Padre occupi il posto dell'uno fuori della serialità ripetitiva, il posto dell'eccentrico ove il limite e il confine venga preservato, ruolo omologo al linguaggio che, con il vincolo della parola e della relazione all'Altro, introduce alla mancanza e alla rinuncia del godimento immediato: questa caratteristica è peculiare dell'attività in montagna e spesso è giocata dai sanitari, dagli accompagnatori di montagna e talvolta dai percorsi stessi che rinviano al sacrificio e alla rinuncia in attesa di una conquista da cui sveltare.

Ma perché questo accada, la funzione paterna ha bisogno che si incarni, che si offra come testimonianza per mostrare come sia possibile vivere il desiderio senza impazzire, senza distruggersi, come imparare a rinunciare al godimento immediato della pulsione di morte, come dare corpo all'esistenza nel tempo del trionfo dell'oggetto, come vivere il desiderio senza spiralizzarsi nel godimento: solo la trasmissione di una testimonianza di vita e di

esistenza vissuta nella carne , quella cessione di una libbra di carne raccontata da Shakespeare, può rendere valore alla castrazione e alla donazione.

Non resta che sperare che ciò che rimane di questo Padre, del nome del Padre , possa ancorarsi anche in un incontro, in un'amicizia, in un sapere, in un gruppo, in una escursione e, chissà, in una montagna che non sia troppo incantata.

Per contatti: psy1953@gmail.com

DIMENSIONI TERAPEUTICHE DEL GRUPPO: QUALE GRUPPO?

Nicola G. De Toma*

** Psichiatra, Psicoterapeuta, Coordinatore Attività Riabilitative Territoriali D.S.M. ASL Roma B*

Generalmente si riconoscono vari tipi di gruppo:

- Il GRUPPO PSICODINAMICO o PSICANALITICO, in cui si fa psicoterapia di gruppo e che ha bisogno di regole e luoghi precisi, conduttori psicoterapeuti ben formati e spesso ben decisi
- Il GRUPPO IN RIABILITAZIONE , in cui si può arrivare al recupero di abilità sociali anche complesse, di capacità multiple, di competenze
- Il GRUPPO DI AUTO MUTUO AIUTO, un gruppo tra persone che hanno in comune lo stesso problema e che, nel confronto diretto e immediato con gli altri, sperimentano momenti di condivisione, di solidarietà e di crescita. All'interno del gruppo, ogni persona, che si percepisce inizialmente solo come bisognosa d'aiuto, può sperimentare, invece, di essere una persona in grado di dare aiuto; da soggetto passivo, quindi, diviene soggetto attivo, verso se stesso e verso gli altri.

Ma...

Il **GRUPPO IN MONTAGNA** è QUALCOSA DI PARTICOLARE, perché, come dice Annibale Salsa, *"la montagna è uno spazio vitale ed anche un laboratorio di 'nuovi' modi di stare al mondo"*. Questo contesto, esterno a noi e per molti versi "nuovo", perché diverso dall'ambiente solito, soprattutto per noi abitanti di grandi città, può aiutare la costruzione di una nuova struttura interiore. Il gruppo in montagna, dunque, che CONTIENE ELEMENTI DELLA PSICOTERAPIA DI GRUPPO, DELLA RIABILITAZIONE e dell'AUTO MUTUO AIUTO. Potremmo definirlo un GRUPPO ESPERIENZIALE.

Potremmo definirlo, volendo, anche come un campo esperienziale, oppure una capanna, o ancora un RIFUGIO, che è un luogo in cui riesco a trovare sicurezza, calore, coraggio, raccoglimento. Ascolto la mia voce e quella degli altri, anzi mi sento e sento gli altri. Sono dentro.

Oppure il gruppo come il GREMBO di una MADRE.

Ma parliamo prima della persona e della sua malattia.

Le persone che noi seguiamo hanno generalmente un disturbo psicotico o, quantomeno, grave. Come sappiamo, il disturbo psicotico è caratterizzato da un imponente disturbo di tutta la persona. Il senso del sé è fragile, perché è l'IO che è destrutturato. A questa

destrutturazione contribuisce un pensiero che mano a mano si riempie di idee strane e di strane convinzioni; un *sentire* lacerato da un senso fallace della realtà (allucinazioni, deliri...); la volontà è addormentata, bloccata; le emozioni sono assolutamente incongruenti, spesso mancanti; il tono dell'umore è incontrollabile ed incontrollato. L'ambiente esterno viene sentito come ostile. Abbiamo, quindi, manifestazioni come irrequietezza, sensazioni di estraneità, paura del contatto, isolamento. Tutto questo porta ad una esperienza di frantumazione. Il paziente psicotico è sfatto, discontinuo, morto. Molte delle persone che noi seguiamo vivono in una condizione di emarginazione e di isolamento, in condizioni di vita a volte terribili. A loro carico si è sviluppato un processo di *esclusione sociale*. Questa può essere considerata come un processo multidimensionale di progressiva rottura, che stacca individui e gruppi dalle relazioni sociali, dalle istituzioni e anche dalle emozioni, impedendo la piena partecipazione alle normali attività ed esperienze della società in cui vivono. Questa rottura può avvenire sia da parte dell'individuo, sia da parte della società in generale.

Allora, il dubbio che ci può venire, portando i nostri pazienti in montagna, è la paura che loro hanno rispetto alla grande sfiducia in se stessi, la paura di non farcela. Così riuscire a superare alcuni passaggi particolari, raggiungere una meta che poteva sembrare irraggiungibile, vedere che in qualche modo si può riuscire là dove finora si pensava di fallire, rappresentano indubbiamente una forte iniezione di fiducia e di autostima. Ma per far questo serve proprio quello che a prima vista ci può sembrare più ostile: un ambiente esterno e sconosciuto, in cui le parole chiave dovranno essere tranquillità, equilibrio interiore, capacità di pensare a se stesso, capacità di visualizzare i propri movimenti.

Ma ancora prima bisognerà pensare a quello che potremmo chiamare "la capacità di entrare e fare entrare", cioè la capacità di far posto all'altro. Questo ci porta al contesto dell'ACCETTARE. Far posto, accettare, sono parole che riportano ad un processo di trasformazione, che può essere un processo mentale, affettivo e fisico. Una specie di dilatazione del sé a favore dell'altro, come se diventassimo una soglia attraverso cui l'altro può passare. In questo passaggio c'è in gioco l'incontro con l'altro fragile. Quindi accettare, ACCOGLIERE, come rito di un passaggio. Accogliere, che significa ricevere con affetto, acconsentire, comprendere, approvare. Accogliere anche per educare.

E poi l'accoglienza porta alla APPARTENENZA: appartenere significa far parte, provenire da..., riferirsi a..., essere di... Il paziente psicotico ha bisogno di un'esperienza, di attaccamento forte. Il senso di appartenenza è un sentimento fondamentale dell'essere umano, è un suo bisogno di base.

Canzone dell'appartenenza (GIORGIO GABER)

*L'appartenenza non è lo sforzo di un civile stare insieme
non è il conforto di un normale voler bene
l'appartenenza è avere gli altri dentro di sé.*

*L'appartenenza
non è un insieme casuale di persone
non è il consenso a un'apparente aggregazione
l'appartenenza è avere gli altri dentro di sé.*

.....

*L'appartenenza
è assai di più della salvezza personale*

*è la speranza di ogni uomo che sta male
e non gli basta esser civile.
E' quel vigore che si sente se fai parte di qualcosa
che in sé travolge ogni egoismo personale
con quell'aria più vitale che è davvero contagiosa.*

.....

Sarei certo di cambiare la mia vita se potessi cominciare a dire NOI.

Appartenenza, come un rito di iniziazione per l'INCLUSIONE - INTEGRAZIONE. In pratica *inclusione* è la condizione in cui tutti gli individui e i gruppi godono di standards essenziali di vita e le disparità sono accettabili socialmente. Il termine *integrazione* indica l'insieme di processi sociali e culturali che rendono l'individuo membro di una società.

Ma dove troviamo tutto questo? Quando andiamo in montagna non siamo soli. Imparare a stare insieme è difficile, ma abbiamo un GRUPPO, impariamo ad appartenerci, a farlo diventare il nostro gruppo. Un gruppo nuovo in cui ci riconosciamo. Ci permette di trovare uno spirito di gruppo in cui fattori importanti sono: il senso di appartenenza, la coesione, la continuità dell'esserci e dell'esperienza, la stabilità e il clima emotivo. E il rispetto dell'individualità. Sentire di far parte di un gruppo, di avere dei punti di riferimento, ha un effetto estremamente rassicurante, che si manifesta attraverso un rinforzo delle caratteristiche di coesione, continuità e vitalità, che sono la base dello stato di benessere di ogni individuo. Imparare ad accettare le dinamiche del gruppo in cui si è. Si fa parte di quel gruppo, anche per giorni, 24 ore su 24, e si impara a convivervi. E' necessario mettere a disposizione del gruppo le nostre conoscenze ed eventualmente quello che noi abbiamo, le nostre cose. Potremo anche chiedere agli altri ciò che ci manca (conoscenze e cose materiali). Il gruppo è la nostra risorsa.

Nel gruppo nascono processi di RECIPROCITA', che possiamo considerare come un valore morale assolutamente fondamentale, che si riferisce all'equilibrio che si viene a manifestare in un sistema interattivo, un equilibrio tale che ciascuna parte del e nel sistema ha uguali diritti e doveri. E' alla base, quindi, della coesistenza, della convivenza pacifica, della giustizia, della legittimità, del rispetto, delle religioni. Dalla reciprocità nascono i diritti degli uomini.

Nel gruppo impariamo cos'è la CONDIVISIONE: condividiamo con gli altri le fatiche, l'acqua, i cibi, spazi anche piccoli come una stanza, o un tavolo su cui mangiare insieme; raggiungiamo insieme una meta, possiamo portare a turno i pesi, o uno zaino troppo pesante. Condividere significa prendere decisioni insieme, ascoltare gli altri, fare seguendo non soltanto la ragione, ma anche i sentimenti e l'intuito, esplicitando e favorendo i propri e altrui desideri ed aspettative. Collaborare per raggiungere obiettivi comuni. Quante volte abbiamo acceso un fuoco? Quante volte ci saremo accorti di quanto questo stare attorno al fuoco, questo GIOCO, unisce e rafforza le persone che sono all'interno del gruppo: le fa parlare, le tiene insieme e fa condividere le esperienze, i problemi, le gioie. Condividendo e collaborando ci si sforza attivamente di venire incontro alle esigenze e ai disagi di qualcuno che ha bisogno di aiuto.

Nel gruppo si trova, quindi, uno spazio per conoscersi, confrontarsi, individuare modalità costruttive per fronteggiare momenti di disagio; le persone si impegnano per il loro cambiamento e per quello sociale, in un clima di fiducia e amicizia, promuovendo le proprie potenzialità attraverso il coinvolgimento personale. E noi siamo vicini, molto vicini.

Nel gruppo impariamo a FIDARCI degli altri, ad aiutarli in caso di necessità, come ho letto in una tesina di una tirocinante: "...si aprono spazi di confidenza, di confronto e di racconto di sé..."

In montagna si formano veri PATTI DI FIDUCIA tra il gruppo e la GUIDA, cioè quella figura che con grande competenza e grande sicurezza rende noi competenti e sicuri e ci conduce alla meta.

Abbiamo così stabilito un forte legame affettivo con il gruppo. Il gruppo è sentito dentro di sé, come una presenza emotiva interna, che lo fa sentire non più frantumato, discontinuo, morto, ma **coeso, continuo, vitale**.

Una volta tornati, attraverso un incontro successivo, con la visione delle foto e dei piccoli video fatti, con il parlare, con il riportare alla memoria, si ha il processo della RESTITUZIONE: riusciamo così a rimettere insieme i nostri pezzi, fatti di pensieri, agiti ed emozioni che abbiamo vissuto nel viaggio. In questi gruppi, infatti, rimane non solo il ricordo delle attività svolte e che si condividono con gli altri, o delle competenze che si acquisiscono, ma soprattutto delle emozioni e delle sensazioni che si possono provare di volta in volta: gioia, noia, tristezza, calore, vicinanza...

Il rito della montagna diventa così un viaggio attraverso TERRE DI MEZZO che possono anche essere il nostro mondo psichico fantastico, fatto di pensieri che si liberano, di idee che si chiarificano, di illusioni che si avverano, di speranze che si concretizzano, di sentimenti ed emozioni che finalmente si manifestano. Il rito della montagna diventa anche una possibilità di attraversamento e di riattraversamento di TERRE DI CONFINE, di frontiere, non più come frettolosi turisti del mondo dell'altro, ma come PERSONE ed individui che partecipano ad un processo di trasformazione che porta all'incontro e non più alla separazione.

Pensate a quale CONTAMINAZIONE CULTURALE e a quanti SCAMBI di idee ci sono stati in questo processo. E' da qui che possono scaturire nuove energie creative e una mentalità più libera: un processo che potremmo definire di TRASCENDENZA, che va al di sopra di quella che è l'esperienza umana, e che possiamo definire come TRASFORMAZIONE o ESPERIENZA TRASFORMATIVA.

Infine vorrei accennare ad un altro concetto che appartiene a questo nostro "sporco" lavoro che facciamo: la PARTECIPAZIONE, che da un lato significa "prendere parte" ad un determinato atto o processo, dall'altro "essere parte" anche emotivamente di un organismo, di un gruppo, di una comunità.

Vorrei infine terminare con le parole di un'altra canzone di Giorgio Gaber:

La libertà

La libertà non è star sopra un albero, non è neanche il volo di un moscone, ...non è neanche avere un'opinione, ...non è neanche un gesto o un'invenzione, la libertà non è uno spazio libero,

libertà è partecipazione.

Bibliografia

AMATI, U. (1977) Lo spazio della follia. Ed. Bertani, Verona.

AMATI, U. La pulsione Viatoria e altri scritti. Ed. Borla, Roma.

CARERI, F. (2006) Walkscapes , camminare come pratica estetica. Ed. Einaudi, Torino.

- FIUMANÒ, M. (2010) L'inconscio è il sociale. Ed. Mondadori, Milano.
- FREUD, S. (1929) Il disagio della civiltà. Bollati Boringhieri Ed., Torino.
- LACAN, J. (1955) Il seminario III: Le psicosi. Ed. Einaudi, Torino.
- MELMAN, C. (2010) L'uomo senza gravità. Ed. Mondadori, Milano.
- PANKOW, G. (1978) L'uomo e la sua follia. Ed. Feltrinelli, Milano.
- RECALCATI, M. (2002) Clinica del vuoto, anoressia, dipendenze e psicosi. Ed. F. Angeli, Milano.
- RECALCATI, M. (2001) Il vuoto e il resto: il problema del reale in Lacan. Ed. Cuem, Roma.
- SOLNIT, R. (2005) Storia del camminare. Ed. Mondadori, Milano.
- THOREAU, H. (2009) Camminare. Ed. Mondadori, Milano.

REGOLE, ACCOGLIENZA E INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO

Francesco Giuriolo*

** Laureato in Scienze dell'educazione, Educatore Professionale Centro Diurno Via Montesanto – D.S.M. ASL Roma E (Coop. Soc. Aelle il Punto, Roma)*

Questa relazione prende spunto dall'esperienza del Centro Diurno e della Comunità Terapeutica di via Montesanto 71 a Roma (Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma E). Da più di dieci anni presso queste strutture è attivo un gruppo escursionistico al quale partecipano operatori, utenti e cittadini del territorio.

Le uscite in montagna si svolgono di sabato, una volta al mese, da ottobre a luglio, prevalentemente nelle montagne abruzzesi e durano tutta la giornata. Ogni venerdì, inoltre, il gruppo si ritrova per discutere dell'escursione fatta o per organizzare quella successiva. In questi incontri a volte si fa anche un po' di preparazione atletica o esercizi di orienteering.

La pratica delle escursioni in montagna, ma soprattutto del camminare in un ambiente naturale e paesaggistico, oltre a rivestire un'importanza per il corpo e la salute, ha anche una valenza psicologica rilevante, in particolar modo per quanto riguarda lo sviluppo del senso di sé, la capacità di adattamento e flessibilità, la fiducia in se stessi, la concentrazione sul qui e ora, la consapevolezza di sé.

Camminare per almeno una giornata significa cambiare il proprio ambiente familiare, le proprie abitudini, il cibo, la propria casa. Inoltre, permette di vivere tutta una serie di disagi, come camminare in particolari condizioni atmosferiche (pioggia, neve, vento, sole, caldo, freddo) e condizioni fisiche (asperità del terreno, bosco, salita, discesa) a cui si risponde utilizzando nuove risorse.

Questo per i pazienti psichiatrici non è così scontato e semplice, tipiche sono le frasi che sentiamo dire ad ogni escursione: “Non vengo perchè fa freddo”, “Oggi piove”, “Non mi posso sporcare con il fango”, “Non mi posso sedere per terra”, “Non posso sudare o stancarmi”.

Affrontare questi disagi (climatici ma anche fisici) permette innanzitutto di sperimentarli, di analizzare il proprio modo di affrontarli e quello utilizzato dagli altri, di cogliere come sia la percezione soggettiva ciò che rende una situazione piacevole o spiacevole.

Le riunioni del venerdì servono in particolar modo proprio ad analizzare i vissuti e le risorse messe in atto dal singolo e dal gruppo.

In ultimo, camminare in montagna focalizza sul raggiungimento di una meta e le caratteristiche proprie del camminare riportano la nostra attenzione e concentrazione al qui e ora, emergono pensieri concreti, reali, introspettivi e diminuiscono le fantasie, i pensieri negativi. Il rischio, infatti, del “viaggiare troppo con la mente” è quello di inciampare o cadere.

In base all'esperienza maturata in questi anni si desidera porre, però, l'accento su alcuni aspetti: le **regole del gruppo**, l'**accoglienza** e l'**integrazione con il territorio**.

Le **regole del gruppo** escursionistico di via Montesanto 71, non sono semplici normative imposte dall'alto, dagli operatori agli utenti, ma sono nate e si sono sviluppate all'interno

dell'esperienza accumulata dal gruppo negli ultimi dieci anni di escursioni in montagna, ovviamente con l'aiuto e la presenza attiva sul campo degli esperti del CAI come guide. Queste regole riguardano un abbigliamento congruo all'ambiente montano, la puntualità alla partenza, un'alimentazione adeguata all'escursione in giornata, un atteggiamento rispettoso all'interno del gruppo e verso il contesto ambientale, il rispetto dei tempi e dei ritmi del gruppo, il seguire le indicazioni della guida, il camminare in fila indiana, ecc... Ovviamente il darsi delle regole è fondamentale per un gruppo, ma per i pazienti psichiatrici non è sempre così semplice. Quindi, a mio parere, le regole hanno anche una valenza terapeutica e proprio per questo devono essere condivise e flessibili, pur rimanendo certe e uguali per tutti i partecipanti.

L'accoglienza viene intesa come presa in carico della persona nella sua intera complessità, soprattutto nei momenti di crisi, in itinere con la sua vita, cercando anche di “adeguarsi” ad uno stato mentale di sofferenza che una persona con disturbi psichici può manifestare in un contesto di montagna “altro” rispetto alla solita quotidianità metropolitana alla quale molti purtroppo sono abituati.

L'accoglienza non va limitata però a un solo momento iniziale di inserimento della persona nel gruppo, ma deve essere attuata e modulata ad ogni incontro a seconda delle esigenze del singolo caso in quel preciso momento.

L'integrazione con il territorio è fondamentale per il nostro lavoro, come superamento dello stigma sociale, per un abbattimento definitivo del “perimetro manicomiale” e una totale apertura alle varie realtà presenti nel contesto urbano, come il CAI, i centri socio-culturali, i centri sportivi, i comitati e le associazioni di quartiere, i liberi cittadini e i volontari.

Non solo i pazienti psichiatrici a contatto con persone esterne e in un ambiente diverso dalle loro relazioni e routine “cronico-terapeutiche” vengono a contatto con una “normalità” che li contagia (infatti come il disagio psichico è contagioso, anche la normalità è a sua volta contagiosa), ma anche gli “altri”, le associazioni, i cittadini entrano in contatto con il disagio mentale attraverso un'esperienza di condivisione e partecipazione, che non annulla la patologia, ma la contiene e ne valorizza la diversità.

L'aspetto più riabilitativo, quindi, risiede nel riuscire, inserendosi in una rete integrata, a fare utilizzare ai pazienti le risorse sociali e culturali di cui dispone il cittadino, attraverso esperienze progressivamente sempre più positive e gratificanti in cui, a partire dalle parti sane del paziente stesso, egli riesce a interagire e a costruire relazioni interpersonali in modo più sano.

Per rendere più efficace questo aspetto anche a livello cognitivo, svolgiamo delle attività specifiche come l'orienteeering, il calendario e la bacheca con le foto.

Le esercitazioni di **orienteeering** (attività che svolgiamo da circa tre anni) avvengono con una cadenza mensile in parchi attigui al nostro centro, sono tenute da una maestra in pensione che pratica l'orienteeering a livello agonistico e la cui didattica segue uno schema che va dal semplice al complesso.

Orientarsi significa per noi sia essere in grado di leggere le mappe e quindi applicare nella realtà le conoscenze apprese, sia comprendere al meglio la contaminazione virtuosa tra l'alto e il basso, con un movimento cognitivo che conduce dall'astratto al concreto e viceversa. L'obiettivo è, tra gli altri, quello di accedere ad una “ricomposizione” mentale che pone il territorio come spazio mentale, oltre che geografico, ove individuare i “punti

cardinali” dell’esistenza. Ovviamente tale pratica è inserita nelle nostre escursioni, è oggetto di riflessioni e di discussioni di gruppo: “dove siamo, dove stiamo andando?”

La ricomposizione spaziale non può essere, poi, disgiunta da quella temporale.

Lo scopo di scandire il tempo, sottolineare la continuità rispetto alla frammentarietà, è affidato al **calendario** delle gite e delle attività, mese per mese e settimana per settimana. Il calendario è in grado di darci un ritmo, un ritmo atteso, che scandisce la ripetizione regolare della nostra esperienza-montagna. Inoltre, fornisce una trama e un ordito su cui si alternano quotidianità ed eventi straordinari racchiusi in una regolarità.

Questa alternanza viene anche scandita dal lavoro sulla visione delle **foto** scattate durante l’escursione. Esse fissano il tempo e arrestano il suo analfabetismo, ancorano l’esperienza-montagna, le (ri)danno spazio e tempo, rappresentano l’elemento narrativo del gruppo. Lo spazio non è solo rammentato ma concreto e rappresentato dalla bacheca delle foto e quindi dall’album fotografico, che è una vera e propria memoria storica del gruppo escursionistico Montesanto. Il tempo è quello dato dalla cadenza (mensile) delle escursioni e dalla ripetitività degli incontri settimanali del venerdì mattina dalle ore 9,30 alle 10,30.

Nell’esperienza pratica della montagna i momenti di integrazione sono tanti: la preparazione del pranzo, che sia una brace oppure mangiare al rifugio, le battute ironiche e i racconti durante la camminata, le pause in cui si gioca, ad esempio, con il cane di uno dei partecipanti, la condivisione di momenti critici nell’escursioni e via dicendo.

E’ auspicabile che lavorando in condivisione con le altre realtà sociali presenti nel territorio si venga a instaurare una vera e propria rete sociale, cosicché si possa intervenire sul disagio psico-sociale in modo più appropriato ed efficace.

La maggior richiesta di aiuto ai servizi di salute mentale da parte della popolazione dimostra come una buona integrazione con il territorio faciliti un cambiamento nella percezione del disagio mentale, non più come un problema del singolo, bensì come un problema che riguarda tutta la collettività.

In conclusione, l’obiettivo principale delle nostre escursioni in montagna, come di tante altre attività presenti nel CD e nella CTR di via Montesanto a Roma, è, perciò, quello di rendere possibile quell’ideale di reinserimento, di autonomia, di riappropriazione della propria esistenza e del proprio contesto di vita, attraverso un’attività di gruppo in cui *il fare* e *il fare con* consentono una maggiore aderenza alla realtà, nella dinamica del qui e ora e nella relazione con l’altro.

E’, infatti, attraverso un continuo confronto con le proprie competenze, il riconoscimento dei propri bisogni ed i propri limiti, il responsabilizzarsi rispetto alle proprie scelte e azioni che avviene una vera e propria riabilitazione dell’individuo e della società.

Bibliografia

AGLI’, F.; MARTINI, A. (1989) Spazio, tempo, eventi. Armando Ed, Roma.

BOSCACCI, F.; SENN L. (1990) Montagna: area di integrazione. Ed. Angeli, Milano.

CANEVARO, A. (1991) La formazione dell’educatore professionale. Ed. NIS, Roma.

ERMINI, B. (2002) Propedeutica ad una spedizione di utenti del DSM sul Gran Sasso, atti del Convegno "Le montagne dell'anima", Monte Soratte, 10 maggio 2002.

- FADDA, R. Spunti per un'integrazione critica tra teoria pedagogica e psichiatrica, Gli incontri mancati. In *Materiali per la formazione del pedagogo*, O.De Sanctis, R.Fadda, E.Frauenfelder, A.Porcheddu.
- GIURIOLO, F. (2003) Una terapia psichiatrica integrata in *Il cannocchiale: rivista di studi filosofici*, Edizioni Scientifiche, Napoli.
- MONTUSCHI, F. (1997) Fare ed essere. Il prezzo della gratuità nell'educazione. Cittadella edit., Assisi.
- MONTUSCHI, F. (1994) Competenza affettiva e apprendimento. Ed. La Scuola, Brescia.

IL CERCHIO DI GIADA: POSSIBILI VALENZE TERAPEUTICHE DELL'ARRAMPICATA SPORTIVA

Angelo Brega *

Michele Lovato **

Chiara Leoni ***

* *Psichiatra, CSM Oderzo, ULSS 9 Treviso*

** *Psicologo, Coop. Sociale Alternativa, Treviso*

*** *Insegnante, ISIS Scarpa Motta (TV), Terapista cognitiva “Alberi Domani” Oderzo (TV)*

L'intervento ha lo scopo di presentare le possibili valenze terapeutico-riabilitative dell'arrampicata.

Tale pratica può rappresentare un'importante occasione di apprendimento e di conoscenza di sé: ci offre infatti la possibilità di riconoscere stati mentali propri dell'ascesa e di individuare credenze e pensieri che limitano le prestazioni dell'individuo.

Permette inoltre di elaborare modalità diverse di affrontare le difficoltà e di verificare l'esito delle soluzioni sperimentate: la via diventa in tal modo un esperimento.

Rispetto ad altri tipi di intervento a valenza terapeutica svolti in montagna, l'arrampicata è caratterizzata dal confronto continuo con il rischio e la paura.

Il rischio può essere legato a pericoli oggettivi o, più frequentemente, essere un cosiddetto *rischio percepito*, che possiamo definire “irrazionale”, legato a fattori quali ad esempio il timore del vuoto, la difficoltà a “lasciarsi andare”, a preoccupazioni relative all'attrezzatura o a scarsa fiducia nel compagno.

L'obiettivo più immediato di un percorso di apprendimento dell'arrampicata è evidentemente quello di migliorare la performance, ovvero imparare a salire vie di grado sempre più difficile. In altre parole, confrontarsi con il proprio limite e cercare di spostarlo progressivamente in avanti.

Il concetto di limite rappresenta in effetti un aspetto centrale nell'arrampicata. Un aforisma diffuso tra gli arrampicatori è “it's all in your mind”, che rimanda all'idea che i limiti siano nella nostra testa. Partendo da tale affermazione problematica, viene prospettata l'esistenza di tre tipi diversi di limite.

Il primo può essere definito “limite psicologico”: è legato, come si è detto, a difficoltà, timori, credenze non fondate su un piano razionale. Normalmente le persone tendono a rimanere all'interno dell'area definita da questo limite.

Un secondo limite, che possiamo chiamare “limite fisico”, è legato non a fattori di ordine mentale, ma a caratteristiche fisiologiche quali la forza muscolare o tendinea, la mobilità articolare o il talento individuale.

In posizione intermedia tra tali aree può essere introdotto un terzo tipo di limite, definito “limite tecnico”, legato all'apprendimento di abilità specifiche dell'arrampicata, quali la capacità di leggere le caratteristiche della parete o l'acquisizione di un adeguato repertorio di movimenti.

Il “limite psicologico” definisce quella che Arno Ilgner chiama “zona sicura”. Essa può essere correlata alla “zona effettiva di sviluppo” di Lev Vygotskij. Rimanendo in questo ambito, l’individuo tende a non acquisire nuove competenze, ma a confermare quelle che già possiede.

L’area definita dal limite fisico ha invece il proprio corrispettivo in quella che Vygotskij chiama “zona potenziale di sviluppo”, che comprende le competenze potenzialmente acquisibili dall’individuo. In tale ambito non si possono tuttavia produrre nuove competenze, dato che l’individuo non ha ancora gli strumenti necessari per muoversi al suo interno.

Il percorso di sviluppo individuale si gioca quindi tra la zona di sviluppo effettivo e quella potenziale, in quella che Vygotskij chiama “zona di sviluppo prossimale” e che corrisponde, secondo la schematizzazione proposta, all’area compresa fra il “limite psicologico” e il “limite tecnico”.

Quali possono essere le implicazioni in chiave terapeutico-riabilitativa? Come Ilgner stesso sottolinea: “Paradossalmente, assumersi dei rischi accresce la nostra sicurezza e la nostra capacità di adattamento. [...] La sicurezza, la comodità e la tranquillità che bramiamo non sono condizioni oggettive. Sono sentimenti soggettivi che si manifestano incrementando la comprensione del nostro mondo e delle nostre capacità. In breve, guadagniamo comodità e sicurezza estendendo la nostra “zona sicura” e ne espandiamo i confini avventurandoci nella “zona rischio”. Ci mettiamo in situazioni scomode e insicure, per un breve periodo, in modo da imparare di che cosa siamo capaci. Non possiamo raggiungere comodità e sicurezza in modo diretto: dobbiamo combattere per conquistarle indirettamente”.

In questa prospettiva, l’arrampicata può rappresentare l’opportunità di raggiungere diversi obiettivi terapeutico-riabilitativi:

1. Promozione di uno stile di vita sano, comune a tutte le attività sportive
2. Aumento dell’autoefficacia percepita, definita come l’insieme delle convinzioni circa il fatto di essere o meno in grado di produrre certe azioni
3. Attribuzione interna del locus of control, inteso come la tendenza a costruire gli eventi della propria vita come determinati totalmente o in buona parte dalle proprie azioni, ovvero come potenzialmente sotto il proprio controllo
4. Aumento della fiducia nell’altro e del senso di responsabilità nei suoi confronti, dato che l’arrampicata è uno sport che si fa in due e la competenza nel “fare sicura” è almeno altrettanto importante dell’abilità di salire una via.
5. Acquisizione di una maggior consapevolezza del proprio corpo. La percezione del proprio baricentro, il lavoro sulla respirazione, la ricerca di una posizione di massimo equilibrio sono fondamentali per una buona tecnica di arrampicata. Non a caso molti atleti praticano, oltre all’arrampicata, discipline come lo yoga, il taiji quan e la meditazione.

Al tempo stesso, è fondamentale essere consapevoli dei potenziali rischi che questa attività comporta. Dando per acquisito che “il rischio zero non esiste”, il pericolo si presenta in particolare quando si tende a perdere la consapevolezza dei propri limiti. Come la saggezza greca ci ricorda, chi conosce il proprio limite non teme il destino. Quali sono in particolare i rischi che possono verificarsi nell’arrampicata?

1. Il più ovvio è, naturalmente, l’incidente o l’infortunio, che spesso è legato a una situazione di eccessivo stress (“overtraining”).

2. Un secondo rischio è quello di cadere in una sorta di dipendenza sul modello delle dipendenze non farmacologiche, quali per esempio il gioco d’azzardo patologico.
3. Un altro rischio è quello di sviluppare disturbi del comportamento alimentare, quali anoressia o bulimia, in particolare per le atlete donne. In Austria, il problema è diventato così rilevante che la federazione nazionale di arrampicata ha bandito dalle competizioni le atlete sottopeso fino a quando non riacquistino un adeguato indice di massa corporea.

In conclusione, riteniamo che l’arrampicata sportiva possa essere considerata un’attività potenzialmente utile, per alcuni soggetti, nell’ambito di un percorso terapeutico-riabilitativo. Un contesto apparentemente rischioso, come quello della verticalità, può diventare quello che Leslie Stephen chiama un campo di gioco dove sperimentare, in un modo adeguatamente protetto e mediato, delle strategie di coping e dove sviluppare delle abilità che potranno successivamente essere applicate in altri contesti.

Come sottolineato da Paolo Rigliano “la salute è stare dentro di noi, con i nostri mezzi e le nostre aspirazioni, in equilibrio - magari insoddisfacente - dentro quella realtà che è la nostra, non svalutata da miti megalomaniaci”. Tale affermazione rappresenta un altro modo di spiegare il titolo dell’intervento: come suggerisce Alberto Melucci, “un antico simbolo taoista, un cerchio di giada con un foro al centro, esprime il rapporto tra il pieno e il vuoto e rappresenta bene questa tensione fra il limite e la possibilità. Il foro aperto, il vuoto, introduce nell’esistente lo spazio di una domanda che l’oltrepassa, ma è anche iscritto nei confini che la materia gli impone”.

Bibliografia

- BANDURA, A. (2000) Autoefficacia. Teoria e applicazioni. Ed. Erickson, Trento.
- BARA, B.(1996) Manuale di psicoterapia cognitiva. Ed. Bollati Boringhieri, Torino
- BUZAN, T. (2005) Come utilizzare le mappe mentali per sviluppare l'intelligenza fisica. Frassinelli Ed., Milano.
- ILGNER, A. (2007) Rock warrior’s way. Versante Sud, Milano.
- MELUCCI, A.(1991) Il gioco dell'io. Ed. Feltrinelli, Milano.
- RIGLIANO, P. (a cura di) (2009) Cocaina. Consumo, psicopatologia, trattamento. Ed. Raffaello Cortina, Milano
- SAGLIO G., ZOLA C. (2007) In su e in sé. Alpinismo e psicologia. Priuli & Verlucca ed., Scarmagno (To).
- VYGOTSKIJ, L. (2006) Psicologia pedagogica - Attenzione, memoria e pensiero. Ed. Erickson, Trento.

RUOLO DELL'OPERATORE E DELL'ACCOMPAGNATORE NEL SETTING DI MONTAGNA

Raffaella Bruni*

Antonella Frecchiami **

Fiorella Lanfranchi ***

con il contributo dei gruppi operativi della macrozona lombarda

* *Psicologa, psicoterapeuta, fisioterapista, A.O. Ospedale Civile di Legnano – Presidio di Magenta (Mi)*

** *Psicologa, psicoterapeuta transculturale, Coop. Il Pugno Aperto Bergamo*

*** *Psicologa, psicoterapeuta A.O.Bolognini Seriate (Bg), Referente Montagnaterapia Macrozona 2 Lombardia, Commissione Medica Sezionale CAI Bergamo*

L'ombra del rito ci segue ovunque: nella nostra vita quotidiana come nel setting della psicoterapia, l'utilizzo di riti costruiti sull'individualità del paziente, elementi che hanno sollecitato queste riflessioni sull'andare per monti come processo terapeutico.

Nello svolgersi delle nostre vite sopravvivono oggi tracce di tramontati riti agrari, come le celebrazioni di Capodanno; declinano riti un tempo imperanti, come la funzione della domenica; si impongono ritualità nuove, come gli happening sportivi o i concerti del Primo Maggio. Discoteche e stadi, manifestazioni politiche e passerelle dell'alta moda, prime teatrali e shopping stagionali, tatuaggi e piercing configurano una nuova antropologia del rito.

Permangono anche rituali ossessivi agiti in privato, inseguendo il perfezionismo della forma corporea: eliminazione di cibo dopo abbuffate incontrollabili, esasperati rituali di allenamento per vincere la gara del peso corporeo, eccessi di ordine e pulizia per controllare un disordine interno e la paura del contagio; troviamo anche impieghi compulsivi e ritualizzati dell'informatica, consumi rituali di sostanze, abuso sessuale su donne e minori, riti informali intrisi di esaltazione della potenza ed esasperazione del potere.

Anche l'esperienza psicoterapeutica assume connotazioni rituali, non solo per la cadenza regolare delle sedute.

La consapevolezza di compiere gesti intrinsecamente insignificanti, ma determinanti per la propria esistenza è elemento rituale facilmente riscontrabile nella nostra vita. La rappresentazione ritualizzata di eventi cardinali che riemergono dal passato si riscontra in molte psicoterapie. Il progetto di “liberare energie” attraverso rituali dall'effetto catartico e di attingere efficacia all'onnipotenza dell'inconscio, grazie a una consapevolezza vasta, è fondamentale nella nostra proposta terapeutica. Soprattutto, il coinvolgimento sacrale che caratterizza la celebrazione del rito è elemento auspicato e auspicabile.

Infatti, il rito orienta il processo individuativo grazie alla lungimiranza inconscia che il simbolo possiede. In questo senso, non solo riproduce l'evoluzione, ma produce evoluzione: è agente di trasformazione futura. Questa ipotesi sollecita approfondimenti non solo sulla fenomenologia, ma soprattutto sulla dinamica, sull'economia libidica e sul potenziale terapeutico del rito. Induce a riconsiderare la forte connotazione rituale di ogni

impostazione terapeutica e la natura rituale di molti elementi presenti nel setting di ogni psicoterapia. La maggioranza delle esperienze terapeutiche, infatti, sembra rispondere ai requisiti antropologici che caratterizzano il rito: adeguamento ripetitivo a regole definite, ossequio di canali formali fissi, natura simbolica di operazioni effettuate con piena convinzione della loro realtà, coinvolgimento autentico dell'individuo, col massimo di serietà e di partecipazione. Così è l'autentica proposta di Montagnaterapia.

La pratica alpinistica presenta aspetti rituali (so cosa devo fare, cosa mi aspetta) che permettono di avvicinarsi all'altro in sicurezza, insieme ad aspetti di novità che possono innescare un cambiamento tollerabile.

Nella attuazione pratica degli interventi di psicoterapia il setting si esplica nella dimensione dello studio e nella relazione duale, mentre l'operatività della montagnaterapia si esplica abitualmente nella dimensione esterna e grupppale.

La montagna diventa territorio intermedio tra la realtà interiore e la realtà condivisa, un terreno di gioco e avventura che espone ad un rischio potenziale calcolato, capace di trasformare le paure in piacere. Lo spazio assume una doppia connotazione: ambiente naturale e di cura, che promuove una prospettiva evolutiva di miglioramento e di crescita attraverso il “fare con” il gruppo.

Il gruppo diventa uno spazio dove sperimentare il rispecchiamento, la cooperazione, condividere le emozioni, rendere sostenibili le paure, indagare il nostro confine rispetto a dove possiamo giungere ed essere consolati nell'accettare l'idea che più di questo non possiamo fare, per lo meno oggi, e c'è qualcuno che fa fatica almeno quanto me.

Il **gruppo** (soprattutto il gruppo di montagna), composto da pazienti (preferibilmente piccolo, massimo 8/10 persone), operatori (psicologi, psichiatri, educatori, infermieri ...) e tecnici della montagna (guide alpine ed escursionisti esperti) necessita di tempo per formarsi e creare condivisione. Il senso del gruppo non è mai dato una volta per tutte, ma continuamente rinegoziato attivamente.

Ogni membro del gruppo deve partecipare a ciò che si sta facendo, è strumento di costruzione del senso di fiducia nell'altro. Sia la montagna, come elemento che “mette alla prova”, che lo stare con gli altri, possono inizialmente essere vissuti con sentimenti di frustrazione e sacrificio personale; successivamente potranno essere sublimati con sentimenti di corallità e di riuscita per tutto il gruppo. Ognuno assume così le proprie responsabilità: legarsi in cordata come possibilità di unione e di vicinanza con l'altro. Per individuarci abbiamo bisogno di confrontarci con gli altri e percepirci come differenziati. Il riuscire a provare il senso di fiducia negli altri aumenta la fiducia in se stessi e viceversa, ma detta fiducia va sperimentata nella relazione. Se le relazioni primarie non sono state una buona base per instaurare questo sentimento, un buon gruppo potrà, pur in tempi molto lunghi, mitigare tale mancanza, senza mai poterla sostituire completamente.

Per i pazienti diventa importante la **relazione** con i tecnici della montagna, in quanto relazione propedeutica al mondo reale.

La fatica dell'andar per monti non escluderà il silenzio. Il passo dovrà essere sostenuto dal respiro che, tramite l'aria, connette mondo esterno e mondo interno: in una società come quella attuale dove troppo spesso si parla senza comunicare, il contatto con la montagna insegna a comunicare senza parlare. Il silenzio assume il valore di spazio di riflessione, di ascolto di sé (in termini di pensiero ma anche di feedback fisici) e degli altri. Evola in “Meditazione delle vette” evidenzia come la montagna: *“Esiga la castità della parola e*

dell'espressione. La montagna insegna silenzio. Disabitua dalla chiacchiera, dalla parola inutile, dalle inutili, esuberanti effusioni. Essa semplifica e interiorizza.”

Durante l'attività di montagnaterapia un'attenzione particolare viene rivolta al **corpo**. Il corpo per la persona che soffre è un corpo spesso “non abitato”: ne risente anche il modo di vestirsi e di mostrarsi agli altri. Nelle attività proposte (che spaziano dal trekking, all'arrampicata, alla speleologia, allo sci, all'orienteeering) il corpo viene vissuto, sentito, messo alla prova, affaticato, ferito. La dimensione corporea impara ed essere ascoltata attraverso il movimento: si ascolta il proprio respiro, si accentuano i sensi, si accetta il contatto con il corpo dell'altro (perché ci tende la mano, perché ci aiuta ad indossare l'imbragatura...). Fondamentale è l'appropriarsi dell'equilibrio del corpo, per camminare, scalare, arrampicare. Secondo una visione olistica, una modifica esterna può portare ad una modifica interna e viceversa, così l'equilibrio del corpo aiuta a portare un equilibrio della mente, in quanto imprescindibili l'uno dall'altro. È soprattutto l'attività di arrampicata che riesce ad insegnare l'equilibrio attraverso esercizi specifici. L'equipaggiarsi adeguatamente significa comprendere quale sia la risposta più adattativa rispetto alla situazione, ciò può mettere i pazienti in condizioni di riappropriarsi della dimensione sociale e relazionale dell'abbigliarsi. Anche le azioni di spogliarsi e vestirsi in montagna assumono significati diversi, più naturali, meno sovraccaricati di giudizi di ordine sessuale e morale. Il fatto di essere sudati e di doversi cambiare per salvaguardare la salute fisica “autorizza” uomini e donne a spogliarsi e rivestirsi anche davanti ad altre persone, è etero - e propriocezione di un bisogno, non di un'esibizione. Il rapporto con il corpo si semplifica, ritorna ad essere corpo vivente (Leib) e non mero oggetto biologico (Körper).

Solitamente non percepiamo il nostro corpo se non in caso di dolorabilità, ovvero nel suo confronto con il mondo.

L'ascesa ci consente di sperimentare:

1. la fatica (con gli analoghi corporei di incremento del battito, sudorazione, affaticamento muscolare, aumento della frequenza respiratoria e “fame d'aria”, etc.)
2. il cammino come modo per ricaricare la mente, integrando prospettive più elevate (che ci consentono di ragionare in maniera a volte trasformativa sugli eventi) e in atmosfere rilassanti che favoriscono la sintonia tra mondo esterno e mondo interno
3. l'attenzione vigile sul qui ed ora, in grado di confinare la patologia in un angolo del sé
4. la leggerezza (connaturata all'ascesa verso la vetta)
5. la tonicità muscolare e psicologica (ci si rafforza mettendosi alla prova)
6. l'esplorazione di paesaggi affascinanti, che stimolano l'uscire da un mondo soggettivo chiuso.

Come si esemplifica in montagna “l'alta pressione allontana gli ammassi nuvolosi”, analogo simbolico fra il diradarsi della nuvolosità con l'alta pressione atmosferica e il diradarsi della nuvolosità del mentale.

Sono queste alcune delle peculiarità che differenziano il setting montano rispetto ad altri setting riabilitativi.

Nell'attività di montagnaterapia si modifica fortemente il **rapporto operatore-paziente** in termini di maggior vicinanza empatica, in particolare se l'operatore è uno psicologo o uno psichiatra (educatori ed infermieri hanno un mandato meno “rigido” in termini di

relazione con i pazienti). Per prima cosa “in montagna ci si dà del tu” (codice orale della tradizione), ciò fa scomparire la gerarchia all’interno del gruppo, se proprio qualcuno deve assumersi il “ruolo di conduttore” questo spetta ai tecnici della montagna. Inoltre, durante l’attività stessa, può capitare tanto ad un paziente quanto ad un operatore di non sentirsi in grado di affrontare una situazione oppure di scivolare o di ferirsi: rinuncia o difficoltà dell’operatore non lo rendono meno autorevole rispetto al suo ruolo, ne mostrano semplicemente l’aspetto più umano.

Il **setting** diverso da quello dello studio impone dei cambiamenti, che permettano di mantenere autorevolezza anche senza la “cravatta”.

L’ambito montano in tutti i suoi aspetti sia naturali che antropizzati rappresenta uno specifico pedagogico, sia in soggetti svantaggiati che normodotati. Permette al soggetto che si avvicina a questo ambiente di riscoprirsi, di riconoscersi diverso, più vero.

La montagna in tutte le sue sfumature obbliga il soggetto a togliersi la maschera, a mettersi in gioco in prima persona, a confrontarsi con i propri limiti, a riscoprire in sé nuove risorse, a cercare negli altri compagni d’esperienza una risorsa, sentirsi egli stesso risorsa per gli altri. La montagna è un ambiente “autentico”, dove la persona fatica a fingere.

Anche la montagna “antropizzata” può insegnare molto, dove con antropizzata non si intende la cementificazione o la meccanizzazione esasperata, ma il paesaggio rurale, le opere umane che permettono la convivenza, il continuo gioco d’equilibrio uomo- natura. L’esperienza sarà ancora più amplificata se il gruppo si concede un’ esperienza in un rifugio, o in una malga.

L’attività di gruppo in ambiente naturale, soprattutto se a contatto con situazioni di pericolo, deve essere strutturata con attenzione, evitando di far vivere al gruppo situazioni troppo pesanti, aumentando solo ansie e paure. L’operatore deve essere conscio di ciò che fa, il gruppo deve trovare nella propria guida una sicurezza, un punto di riferimento, in altre parole deve fidarsi. Se mancano questi prerequisiti il gruppo potrebbe vivere un’esperienza ansiogena e per nulla educativa. In questo modo il gruppo potrà affezionarsi ai propri accompagnatori, qualcuno potrebbe diventare “punto di riferimento” anche al di fuori dell’attività, come succede ad alcuni volontari che collaborano con certe strutture.

Con la presenza dell’accompagnatore, l’operatore può concentrarsi calibrando l’azione in funzione del momento e osservando alcune dinamiche importanti all’interno del gruppo, per poi poterle elaborare con l’équipe e con gli stessi utenti. L’operatore durante l’attività rimane il riferimento per qualsiasi bisogno e richieste. E’ attento affinché durante l’uscita gli accompagnatori siano coerenti nei messaggi e gli utenti rispettino le regole concordate. È importante trovare una modalità soddisfacente per tutti. L’accompagnatore fa da “ponte” con la normalità e gli operatori aiutano a capire che i pazienti non sono pericolosi, “non mordono”.

Poco per volta si potrà a volte superare anche lo stigma del disagio psichico, ad esempio attraverso la partecipazione al programma di gite sociali del C.A.I. I pazienti possono avere un ruolo attivo nella riunione preparatoria per l’individuazione dei posti da visitare. Suggestiscono uscite già fatte e si propongono come guida: questo è aggregante e stimolante per gli altri pazienti del gruppo.

La montagna permette un setting ecologico, aiuta a vivere le relazioni in maniera diversa e non è tanto importante raggiungere la meta: “Il percorso è la meta”.

La nostra passione come primo - movens della “relazione terapeutica d’alta quota” e quindi elemento fondamentale e catalizzatore del processo di cura. Senza la passione per la montagna è meglio non portare a camminare i nostri pazienti! Con la montagna abbiamo una grande opportunità, vicariata da un nuovo tipo di relazionalità, giocata sull'immediatezza del sentire empatico. L'esperienza della montagna porta prima di tutto sul sentire, sull'evidenza immediata e poi, una volta esperito questo tipo di vissuto pre-riflessivo, conduce al momento del ricordo. *“Nell’ora delle grandi scoperte, un’immagine può essere l’origine di un mondo”* ci insegna Bachelard; e in sintonia con i principi della fenomenologia, lo stupore della presa di coscienza di un soggetto affascinato dalle immagini montane.

Bibliografia

- AA.VV. (2005) Montagna e Psichiatria. Contributi teorici al Corso di Formazione “Sopraimille”, Provincia Autonoma di Trento.
- BACHELARD, G. (1989) La terra e le forze: le immagini della volontà. Ed. Red, Como.
- BACHELARD, G. (1994) La terra e il riposo: le immagini dell’intimità. Ed. Red, Como.
- BACHELARD, G. (1988) Psicanalisi dell’aria, sognare di volare: l’ascesa e la caduta.. Ed. Red, Como.
- BACHELARD, G. (1975) Il diritto di sognare. Ed. Dedalo, Bari.
- BACHERLARD, G. (1973) L’intuizione dell’istante: la psicanalisi del fuoco. Ed. Dedalo, Bari.
- BACHELARD, G. (1972) La poetica della Rêverie. Ed. Dedalo, Bari.
- BION, W. (1971): Esperienze nei gruppi. Ed. Armando, Roma.
- BINSWANGER, L. (1973) Essere nel mondo. Ed. Astrolabio, Roma.
- BONESIO, L. (a cura di) «Geofilosofia», Passaggi - Rivista Italiana di Scienze Transculturali, 12, 2006
- BOWLBY, J. (1972) Attaccamento e perdita. Ed. Boringhieri, Torino.
- CARPINETA, S. (2005) Montagnaterapia e psichiatria. Atti del Convegno, Documenti per la Salute 25.
- CARUSO, P. (1993) L’arte di arrampicare. Ed. Mediterranee, Roma.
- CORREALE, A. (2001) L’infinità della montagna come infinità sostenibile, in Atti del Convegno Curare a cielo aperto, la montagna come risorsa psicosociale trasformativa. Roma.
- CHEVALIER, J.; GHEERBRANT, A. (1969) Dizionario dei simboli. Ed. Bur, Milano.
- DANON, M. (2006) Ecopsicologia. Crescita personale e coscienza ambientale. Ed. Urra, Milano.
- DEMETRIO, D. (2005) Filosofia del camminare, esercizi di meditazione mediterranea. Ed. Cortina, Milano.
- DURAND, G. (1972) Le strutture antropologiche dell’immaginario. Edizioni Dedalo, Bari.
- DURAND, G. (2006) La mitodologia. Atopon Rivista di Psicoantropologia, quad. n° 1. Edizioni Mythos.
- EVOLA, J. (2003) Meditazioni delle Vette. Ed. Mediterranee, Roma.
- GADDINI, E. (1989) Scritti. Ed. Cortina, Milano.
- GALIMBERTI, U. (1999) Psiche e Tecne. L’uomo nell’età della tecnica. Ed. Feltrinelli, Milano.
- GALIMBERTI, U. (1987) Il corpo. Ed. Universale Economica Feltrinelli, Milano.

- GRAVES, R. (1963) I miti greci. Ed. Longanesi, Milano.
- HILLMANN, J. (1996) Il codice dell'anima. Ed. Adelphi, Milano.
- HILLMANN, J. (2004) L'anima dei luoghi. Ed. Rizzoli, Milano.
- JASPERS, K. (1964) Psicopatologia generale. Ed. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- JUNG, C.G. (1964) La dinamica dell'inconscio. Ed. Bollati Boringhieri, Torino.
- LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B. (1982) Il corpo e l'inconscio in educazione e terapia. Ed. Armando, Roma.
- LARSEN, S. (1990) L'immaginazione mitica. Ed. Il saggiatore, Milano.
- LOMBARDI, R. (1997) Libertà del corpo e libertà dal corpo. In Montag n°3, Edizioni Fahrenheit 451, Roma.
- SCOPPOLA, G. (1988) La dimensione verticale come strumento educativo psicomotorio e riabilitativo. In A Scuola sui Sentieri, Provincia di Roma, 1998.
- SCOPPOLA, L. (2005) L'esperienza di essere sé. Ed. Franco Angeli, Milano.
- TOMATIS, F. (2005) Filosofia della Montagna. Ed. Bompiani, Milano.
- WINNICOT, D.W. (1970) Sviluppo affettivo e ambiente. Ed. Armando, Roma,

GRUPPI CHE PERCORRONO LA MONTAGNA: DALL'ESPERIENZA ALLA RIFLESSIONE

Mara Milan *

Sebastiano Audisio **

Per il gruppo MZ1 Piemonte e Valle d'Aosta

* *Psicologa, psicoterapeuta, Referente Macrozona 1 Piemonte -Valle d'Aosta, Liguria*

** *Infermiere ASL Cuneo 1, Maestro di sci qualificato per l'insegnamento ai soggetti diversamente abili*

La nostra riflessione in quanto gruppo di lavoro parte dal tema assegnatoci, che riguarda la specificità dell'interazione del gruppo nell'ambiente di montagna. Difatti nella pratica della montagnaterapia incontriamo alcune variabili peculiari che non riguardano solo il fatto di essere in ambiente di montagna, ma anche il fatto di svolgere attività in gruppo.

Affronteremo il tema dei gruppi terapeutici in montagna incominciando dal delineare una proposta di cornice teorica; in seguito e alla luce di questa, racconteremo due esperienze particolari del nostro coordinamento di macrozona: una che ci è sembrata particolarmente positiva e un'altra dove si presentano più criticità. Infine faremo alcune proposte esplicative, provvisorie, circa le caratteristiche specifiche dei gruppi che praticano montagnaterapia e del perché possano avere un effetto terapeutico sui partecipanti.

Considerato che l'andare in montagna coinvolge contemporaneamente due aspetti dell'Uomo:

- la dimensione intra psichica individuale, cioè quello spazio del Sé e per Sé dove nascono la riflessione, la meditazione e l'introspezione;
- la dimensione interpersonale e relazionale dove si sviluppano e giocano le dinamiche di gruppo;

nel nostro lavoro cercheremo di mettere in risalto questo secondo aspetto sottolineando come la dimensione interpersonale abbia uno spazio di particolare rilevanza nelle dinamiche che si innestano in montagna, facendo riferimento alle nostre esperienze pratiche di gruppi che non solo vanno in montagna, ma ci vanno con lo scopo di essere terapeutici.

Per fare questo è stato necessario definire una cornice teorica di riferimento, diciamo uno speciale tipo di occhiali da indossare per poter guardare la realtà e cercare di comprenderla.

Utilizzeremo quindi quella specifica corrente della psicologia che si chiama cognitivismo con riferimenti sia alle sue correnti più squisitamente evoluzionistiche e ancorate alla neuro - biologia sia a quelle di matrice più costruttivista.

I principali autori cui attingiamo per questa parte teorica sono: Bowlby (1972, 1989), Guidano (1988, 1992), Lambruschi (2004), Liotti (1994, 2001), Ruberti (1996), Veglia (1996).

Prima di poter parlare di dinamiche di gruppo ci sembra opportuno chiarire a quale modello d'uomo facciamo riferimento e come intendiamo guardare le relazioni tra pari.

Dal punto di vista della cornice teorica costruttivista prendiamo il pensiero che l'Uomo sia, non un mero ricettore di stimoli di una realtà altra ed esterna a sé ma piuttosto un attivo elaboratore d'informazioni su di sé e sul mondo e di significati personali (Guidano).

A partire invece dagli studi di Bowlby, secondo una corrente epistemologica più evoluzionistica ed etologica, e dai successivi approfondimenti sul ruolo della dimensione interpersonale e relazionale in particolare di Liotti, utilizzeremo per la nostra lettura delle dinamiche di gruppo il costrutto di Sistema Motivazionale Interpersonale (successivamente SMI).

I SMI sono insiemi di regole che guidano il comportamento in modo ordinato verso il raggiungimento di una meta; sebbene iscritti nel nostro codice genetico specie-specifico in modo innato, i SMI subiscono adattamenti e correzioni dovute all'adattamento (labilità ambientale) nel corso della storia evolutiva personale. Possiamo dire che ogni essere umano ha degli obiettivi innati iscritti nel suo sistema nervoso, ma che il modo di raggiungere tali obiettivi diventa una questione di stile personale costruito ed appreso nel corso della sua storia di vita. Non esiste ancora un accordo unanime su quali possano essere tutti gli SMI individuabili negli esseri umani ma almeno cinque SMI, fin dai primi lavori su questo tema (1994) vengono identificati come principali:

Sistema motivazionale dell'attaccamento

"Quando ti trovi in difficoltà, per stanchezza, paura, dolore, ecc., mantieniti vicino o ripristina la vicinanza ad un membro conosciuto del tuo gruppo sociale che ti appaia più forte o più saggio"

Sistema motivazionale di accudimento-cura

"Se un membro conosciuto del tuo gruppo ti chiede, tacitamente o esplicitamente, aiuto, daglielo: e daglielo con particolare sollecitudine se è un tuo discendente genetico"

Sistema motivazionale agonistico (dominanza-subordinazione)

"Se ti trovi a competere con un membro del tuo gruppo per un bene o una risorsa, mostragli la tua forza; se rischi di essere danneggiato perché è più forte di te, comunicagli che riconosci la sua superiorità attraverso segnali di sottomissione; se è l'altro a segnalarti sottomissione, interrompi l'attacco e consentigli di restarti vicino"

Sistema motivazionale sessuale

"Cerca un membro del tuo gruppo dell'altro sesso che si dichiari disponibile all'accoppiamento: all'accertarsi reciproco di tale disponibilità attraverso segnali di corteggiamento, a consumare il coito, a mantenere poi la vicinanza reciproca in vista di nuovi incontri sessuali e in vista dell'accudimento congiunto della prole"

Sistema motivazionale cooperativo paritetico

"Se un membro del gruppo è come te interessato a raggiungere un dato obiettivo, più facile da raggiungere attraverso uno sforzo congiunto, consideralo come un pari e non solo in base al rango di dominanza"

Un SMI si attiva in seguito ad una certa configurazione di stimoli dell'ambiente (stimolo

segnale) o per la percezione di uno stato interno del soggetto. È soggettivamente possibile percepire l'attivazione di un SMI attraverso il riconoscimento dell'emozione sentita dal soggetto. I vari SMI costituiscono una trama che ci mette in relazione con le altre persone perché leggere nell'altro l'attivarsi di un certo SMI accende in noi (in modo evolucionisticamente predeterminato) l'attivarsi del SMI complementare o corrispondente (questo quando le relazioni e la nostra capacità di leggere i segnali – cioè le emozioni che affiorano alla coscienza - nostri e degli altri funzionano bene!). Con le cinque note dei SMI si possono suonare un'infinità di musiche diverse. È riabilitativo acquistare una maggiore libertà, cioè poter suonare con le stesse note una musica diversa e non sempre la stessa sinfonia e soprattutto non utilizzare le note in modo non armonico e stonato, ad esempio rispondendo a una richiesta di accudimento-cura con il SMI della sessualità e quindi con la seduzione. È comunque possibile che la stessa situazione attivi SMI diversi: per esempio, ben diversa è una cena organizzata per consolare un amico triste (SMI dell'accudimento), per sedurre una persona (SMI della sessualità) o per lavoro, dove bisogna dimostrare qualcosa al capo (SMI dell'agonismo)...

Ma vediamo ora di descrivere due situazioni in cui ci siamo trovati con i nostri gruppi di montagnaterapia e come possiamo provare a leggere queste esperienze alla luce della teoria appena illustrata.

Nella fattispecie prendiamo in esame due situazioni particolari, si tratta infatti di due gite in cui abbiamo cercato di coinvolgere diversi gruppi provenienti da enti e strutture diverse e con utenza e finalità diverse anch'esse.

Il primo caso di cui vogliamo parlare è una gita con le racchette da neve “*ciastre*”, che ha avuto luogo sul Monte Bracco, in provincia di Cuneo a febbraio 2009.

Inizio escursione: Certosa del Mombracco – La Trappa (m. 923)

Termine escursione: Croce di Envie (m. 1307 – punto più alto del Mombracco)

Dislivello: m. 384

Tempo previsto: in salita ore 1,30 ~ in discesa ore 1 ~

La gita si è poi conclusa con la polentata presso il ristorante sito in località di partenza.

La giornata è stata molto positiva, quasi tutti i numerosi partecipanti hanno raggiunto la vetta, ognuno con i suoi tempi, e i gruppi si sono mischiati creando un'atmosfera di condivisione e aiuto reciproco al di là di ruoli e enti di appartenenza.

La seconda gita che prendiamo in esame si è svolta a settembre 2009 presso il Rifugio della Gardetta, Val Maira (Cuneo).

Primo giorno: Escursione Colle del Preit – rifugio della Gardetta (m. 2335);

Tempo previsto: ore 1 ÷ 1,30

Secondo giorno: Passo della Gardetta (m. 2437) tempo ~ 30'

Passo di Rocca Brancia (m. 2620) tempo da Colle della Gardetta tempo ~ 1 ora

Elemento caratterizzante di questo breve soggiorno, sono state le sfavorevoli condizioni meteorologiche che non hanno permesso di compiere il tragitto dal parcheggio al rifugio tutti assieme come era stato previsto; infatti all'arrivo della pioggia tutti i pazienti dei vari gruppi sono saliti su furgoni ed auto raggiungendo in questo modo la prima destinazione; da quel momento il gruppo si è sfaldato ed anche a cena, momento conviviale per

eccellenza, non vi è stata relazione ed i pazienti sono rimasti a mangiare esclusivamente con gli operatori dei propri enti d'appartenenza senza curarsi troppo degli altri partecipanti – forse anche per la sistemazione dei tavoli.

Le due gite hanno avuto esiti diversi, la prima ha lasciato un ricordo positivo in utenti e operatori facendoci trovare le energie per organizzarci ancora; mentre durante la seconda non siamo riusciti a creare lo stesso clima di condivisione e appartenenza.

Riteniamo che una differenza fondamentale sia dovuta al fatto che nella seconda gita mancava una vera e propria meta comune al gruppo, una vetta da raggiungere, per cui è stato più difficile mettere in moto una vera cooperazione paritetica come invece si era riusciti a fare al Monbracco dove il gruppo, seppur suddiviso in gruppi più piccoli, aveva veramente effettuato un percorso comune superando insieme le difficoltà e gli ostacoli al raggiungimento alla meta. La frammentazione in sottogruppi che è stata negativa alla Gardetta perché probabilmente ha scatenato un agonismo tra gruppi infruttuoso, è invece stata positiva al Monbracco poiché i gruppi erano misti (formati cioè da componenti di diverse strutture) e questo ha permesso di sostenersi reciprocamente anziché entrare in competizione. *Faticare insieme* ha appianato le differenze sia tra gli utenti (per patologie, difficoltà e età) sia tra gli operatori permettendo a tutti di aiutare quando era possibile e, subito dopo, essere aiutati senza per questo sentirsi in una condizione di svantaggio.

In sintesi possiamo dire che dalle nostre esperienze di “montagnaterapia” ci sembra di aver osservato alcune peculiarità che possono avere una valenza terapeutica e/o riabilitativa sui partecipanti.

Nel gruppo che va in montagna la configurazione di ruoli e relazioni permette di stabilire dei legami saldi ma non rigidi, dati dal fatto che le persone devono affrontare un problema (raggiungimento della meta della gita) insieme, cooperando per trovarne la risoluzione. Le “guide” del gruppo sono riconosciute per la loro competenza specifica, che viene usata al servizio del gruppo; anche gli operatori sanitari che accompagnano, poiché non esperti, devono affidarsi a loro, permettendo così ai pazienti di sperimentare un tipo di accudimento diverso da quello sanitario o educativo; si possono così vedere valorizzate competenze personali nuove, che a loro volta potranno essere messe al servizio della crescita del gruppo.

I sistemi di attaccamento e accudimento riescono nel setting del gruppo di montagna ad attivarsi in modo funzionale, permettendo così una sperimentazione di nuovi schemi interpersonali al soggetto, attraverso la possibilità di dare e chiedere aiuto senza sentirsi troppo vulnerabili e dipendenti e regolando la relazione di accudimento, senza rischiare di sentirsi o far sentire l'altro sopraffatto.

L'agonismo può essere giocato all'interno di un setting protetto e volto al raggiungimento di una meta comune (la vetta), dove comunque non c'è chi vince e chi perde, a differenza magari di giochi a squadra come il calcio o il basket, ma un gruppo che si muove insieme. Sembrerebbe quindi che il setting di gruppo della montagna terapia, più che altre attività riabilitative e terapeutiche, attivi nei pazienti l'utilizzo del SMI della cooperazione paritetica, condizione che pare essere riparativa e protettiva nei confronti del disagio mentale.

Inoltre la partecipazione ad eventi che si allontanano dalla routine quotidiana e la possibilità di raccontare e raccontarsi attraverso di essi costituisce un modo per generare nuove attribuzioni di significato condivise.

Resta chiaro che si tratta qui di una prima osservazione su un campione limitato di dati ed esperienze, ci piacerebbe però che possa essere uno spunto di partenza e vedere presto un approfondimento più strutturato.

Bibliografia

- BAL FILORAMO, L. (a cura di) (2001) La psicologia dello sport tra performance e benessere. Ed. CELID, Torino.
- BAL FILORAMO, L. (a cura di) (2007) Disabilità e sport. Ed. CELID, Torino.
- BARA, B.G. (1996) Manuale di psicoterapia cognitiva. Ed. Bollati Boringhieri, Torino.
- BOLWBY, J. (1988) A secure base. Routledge, London. Tr. It.: Una base sicura. Ed. Raffaello Cortina, Milano.
- GUIDANO, V. F. (1987) The complexity of the Self: a development approach to psychopathology and therapy. Guildford, New York. Tr. It.: La complessità del Sé: un approccio sistemico processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva. Ed. Bollati Boringhieri, Torino.
- GUIDANO, V.F. (1991) The self in process: Toward a post rationalist cognitive therapy. Guilford, New York. Tr. It.: Il Sé nel suo divenire: verso una terapia cognitiva post-razionalista. Ed. Bollati Boringhieri, Torino.
- LIOTTI, G. (1994) La dimensione interpersonale della conoscenza. Ed. Nuova Italia Scientifica, Roma.
- LIOTTI, G. (1996) L'attaccamento. In Bara B.G., Manuale di psicoterapia cognitiva. Bollati Boringhieri, Torino.
- MICHELINI, L. (2002) Handicap e sport. Medicina sportiva per atleti disabili. Ed. Universo, Roma.
- MOST PH. (1993) Psicologia dello sport. Masson Italia Editori, Milano.
- PERRIS, C., (1994) Psicoterapia del paziente difficile, METIS II ed., Chieti.
- SAGLIO, G.; Zola, C. (2007) In su e in sé. Priuli & Verlucca Editori, Torino.
- SARACENO, B. (1996) La fine dell'intrattenimento. Ed. ETASLIBRI, Milano.
- VEGLIA, F. (a cura di) (1996) Storie di vita. Ed. Bollati Boringhieri, Torino.

GIOCHI E DINAMICHE: CONTRIBUTI ON-LINE

Sara Foradori*

* *Educatrice Professionale presso l'Azienda Provinciale dei Servizi Sanitari di Trento (Centro di Salute Mentale)*

Il sito di Sopraimille nasce dalla collaborazione e dalla volontà di più enti: CAI, SAT di Riva del Garda, APSS (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari), Regione Autonoma Trentino Alto Adige, Comune di Riva del Garda e APT (Azienda Promozione Turistica) locale.



Fin dalla sua nascita, vuole essere un luogo di incontro interattivo in cui tutti i gruppi italiani (e non solo) che praticano attività riabilitativa in montagna, possono guardare, condividere, curiosare, scrivere. Non sempre è stato utilizzato nelle sue potenzialità. Oggi cerchiamo di proporre un modo affinché la sua potenzialità venga “sfruttata” a favore di tutti.

Non deve essere un sito statico di pochi, ma un sito dinamico di tutti !!

I motivi per cui abbiamo deciso di affrontare e condividere sul sito il tema “giochi e dinamiche” sono molti:

- per dare un senso all’attività che i gruppi stanno portando avanti
- per dare valore terapeutico anche alle attività che sembrano avere poco valore e che comunemente vengono considerate banali

- per condividere esperienze reali
- per fare e sperimentare senza che rimanga tutto sulla carta e nella letteratura
- per creare un contenitore dinamico ed interattivo fatto di esperienze dinamiche
- perché andare in montagna vuol dire giocare e sviluppare dinamiche di gruppo

Ma proviamo innanzitutto a dare un significato alla parola “gioco”: esso è un’attività realizzata per se stessa in quanto ha il proprio aspetto gratificante in sè e non nel fine che raggiunge e nel risultato che produce. È prerogativa degli individui (soprattutto giovani) tesi all’apprendimento delle regole e all’esplorazione del mondo circostante, per poterlo poi controllare. Entra in gioco il contributo del patrimonio istintuale, del patrimonio emotivo, di quello intellettuale e dei processi di socializzazione e di educazione.

Le “dinamiche” invece sono le relazioni che si osservano all’interno di un gruppo e che ne determinano il comportamento e l’evoluzione. I caratteri generali sono: l’appartenenza (essere NOI), l’interdipendenza (interdipendenza dinamica) e la coesione (legame che unisce i membri), la polarizzazione (divergenze interne), la differenziazione dei ruoli, l’istituzione di un leader e il rendimento (somma delle prestazioni).

Ma come condividere, all’interno del sito, le esperienze di gioco e di dinamiche?

Abbiamo creato 5 schede: strumenti facili da scaricare, utilizzare, modificare e migliorare, che contengono già alcuni indicatori e sono suddivise in alcune aree, che nel tempo potranno essere ovviamente aumentate: CORPO, AMBIENTE, TECNICHE, ORGANIZZAZIONE e GRUPPO.



Nel sito cliccando su **VOSTRI CONTRIBUTI** si apre il file con le indicazioni relative alla procedura. Ognuna delle schede fa riferimento ad una specifica **area**, ed è suddivisa in **capitoli** e **sezioni** (in una sorta di scala gerarchica). L’elemento determinante è l’**attività** che viene proposta con una sua **descrizione**, con le **funzioni** ad essa collegata e con gli eventuali **obiettivi** e **valutazioni** connessi. Si conclude con il riferimento di chi ha

proposto la scheda/attività. La proposta “Giochi e Dinamiche” può funzionare solo se si poggia sull’aiuto ed il contributo di tutti. Inviare le vostre proposte ricordando di indicare con completezza ogni informazione necessaria; sarà poi nostra cura comporre graficamente le schede ed inserirle nel sito.

Le vostre proposte dovranno essere inviate come documento word (*testo libero o scheda compilata*) all’indirizzo collabora@sopraimille.it e contenere, in maniera chiara e sintetica, le informazioni riportate di seguito nella scheda esempio.

AREA	(corpa, ambiente, tecniche, organizzazione, gruppo, ...)
CAPITOLO	(prima sottaclassificazione)
SEZIONE	(eventuale ulteriore sottaclassificazione)
ATTIVITA'	(nome dell'attività proposta)
DESCRIZIONE	(descrizione dell'attività, in un massimo di 1000 battute)
FUNZIONE	(descrizione delle eventuali funzioni su cui si basa l'attività, in un massimo di 800 battute)
OBIETTIVO VALUTAZIONE	(individuare eventuali obiettivi e criteri valutativi dei risultati ottenuti)
Scheda proposta da: (coordinate della persona o gruppo proponente)	

CORPO

CAPITOLO

EQUILIBRIO

SEZIONE

ATTIVITA'

GIOCO DEI BLOCCHETTI

DESCRIZIONE

Utilizzare blocchetti di legno per creare dei percorsi.
I partecipanti dovranno salire sui blocchetti, non con movimento continuo, ma ricercando passo dopo passo il proprio equilibrio.

FUNZIONE

I movimenti non sono un puro meccanismo, per ottenere qualcosa: le azioni motorie esercitano un ruolo importante nella formazione della mente.
Dal punto di vista neurofisiologico il meccanismo dell'equilibrarsi è condizionato dagli analizzatori sensoriali che ci informano della posizione del corpo e della variazione spaziale dei rapporti tra i suoi segmenti. Movimenti, schemi motori e rapporti fisici con la realtà sviluppano infatti la logica mentale, sottendono nessi importanti quali il prima e il dopo, sono alla base dei rapporti di causa ed effetto, della concatenazione dei diversi anelli che formano la catena del pensiero.

OBIETTIVO

Stimolare la percezione del tipo di appoggio e sostegno, i differenti tipi di respirazione e di tensione e rilasciamento muscolare.
Promuovere l'equilibrio statico e dinamico, l'agilità, la coordinazione motoria.
Valutare gli aspetti attentivi e di concentrazione sull'esercizio.

VALUTAZIONE

Scheda proposta da:

CORPO

CAPITOLO

SENSI

SEZIONE

TATTO

ATTIVITA'

Riconoscere con le mani

DESCRIZIONE

Durante una passeggiata si raccolgono alcuni oggetti (sassi, bacche, gusci di chiocchie ecc.), poi ci si siede in cerchio, si bendano gli occhi ai partecipanti e si distribuisce loro un oggetto da tastare; quando ognuno ha potuto compiere le proprie osservazioni lo si fa passare. Si raccolgono quindi gli oggetti “osservati” con il tatto e li si mette insieme agli altri oggetti raccolti; si fanno togliere le bende e si chiede ai partecipanti di individuare con la vista gli oggetti toccati. Alla fine si raccolgono le impressioni sul gioco.

FUNZIONE

Le senso – percezioni tattili costituiscono i primitivi e perciò più importanti meccanismi per mezzo dei quali l'uomo individua i nuclei della conoscenza di sé e del mondo circostante. Sono quelle sensazioni che permettono di entrare in rapporto diretto col proprio corpo e col mondo esterno.

OBIETTIVO

Stimolare l'uso selettivo dei sensi. Imparare a osservare usando le informazioni che derivano solo dalle nostre mani e dal contatto con la pelle senza l'utilizzo della vista.

VALUTAZIONE

Scheda proposta da:

“... Non diventare schiavo dell'abitudine, cambia ogni volta il tuo percorso. Non mancheranno le emozioni e camminare diventerà una passione. Rischia almeno una volta la certezza per l'incertezza, concediti un percorso di quelli che ti fanno brillare gli occhi e scoprirai che camminare ti fa vivere e a certe condizioni può cambiarti la vita ...” Samuele Scalet

ESERCIZI BIOENERGETICI NELL'AMBIENTE NATURALE DEL BOSCO E DELLA MONTAGNA

Serafino Galbiati *

* *Psicologo, psicoterapeuta*

Il principale ingrediente che manca oggi nel campo della salute è lo stimolo a guardarci dentro, a migliorare il nostro stile di vita, quasi sempre caotico e poco salutare. Il risultato è che le nostre menti sono confuse e generano di conseguenza una fisiologia di stress. Più un organismo è sotto stress, tanto più trattiene e accumula energia e diventa un sistema chiuso perché si chiude agli input che provengono dall'esterno, aumentando così il suo stato di disordine interno. Il primo passo verso la salute è rendersi conto se il nostro organismo è chiuso e si sta auto-degradando per via di questo meccanismo oppure se può considerarsi un sistema aperto e quindi attuare tutte le strategie necessarie per ridurre il livello di stress. Un organismo meno stressato presenta un'armonia di funzionamento che gli permette di evolvere in un'altra direzione di maggiore salute.

Questo processo di riduzione dello stress è fondamentale per superare l'attuale paradosso, unico nella storia dell'uomo: oggi si vive più a lungo, ma non si ha il tempo per godere appieno di questo. Manca anche la consapevolezza, ma solo se sono consapevole posso condurre uno stile di vita sano e soddisfacente. D'altra parte più sono consapevole dei meccanismi interni, più sono consapevole dei meccanismi collettivi che sono ben ancorati nella nostra mente e al nostro corpo da cui poi derivano stili di vita poco salubri.

La salute è l'esperienza della vita, della nostra relazione con il mondo umano e non umano.

Se c'è una malattia c'è un messaggio, c'è qualcosa da imparare e probabilmente da cambiare. È tempo di ribaltare l'approccio meccanicistico e valorizzare a pieno il concetto che vede la salute come un percorso consapevole costante e attivo, basato sulle piccole scelte di ogni giorno. Lowen propone di iniziare la giornata con esercizi, ancora prima di alzarsi dal letto, sbattendo le gambe alternativamente contro il materasso, questo per attivare l'energia che ci permetterà di alzarci e di andare nel mondo con consapevolezza.

Da un punto di vista energetico possiamo richiamarci alle ricerche fatte da Wilhem Reich maestro di Lowen, nonché suo terapeuta. Attraverso lo studio del carattere e l'introduzione di concetti quali le cinture e i blocchi energetici, ha messo le basi per lo sviluppo della Bioenergetica di Lowen, dandoci la possibilità di interpretare le forme di un corpo che cresce e si muove nello spazio e nel tempo.

Aspetto fondamentale della Bioenergetica sono le classi di esercizi messe a punto da Leslie e Alexander Lowen proprio dall'esperienza clinica risultante dalla ricerca con i propri pazienti. In questo contesto mi sono chiesto se fosse possibile cogliere l'influenza dell'ambiente sul benessere soggettivo delle persone che fanno uso di questi esercizi. In questo lavoro, ho quindi preso in considerazione lo studio della persona nel suo ambiente, mi sono affidato a delle osservazioni soggettive e valutazioni personali nel proporre, condurre ed eseguire alcuni esercizi e classi nell'ambiente naturale di un bosco, un prato o in una salita alla cima o ad esempio in un lungo trekking di molti giorni fatto

sul famoso GR 20 in Corsica. L'obiettivo consiste nel verificare se le esperienze fatte nell'ambiente naturale possano confermare l'influenza di queste "pratiche" sul benessere sia fisico che psichico, arricchite da una sensorialità che in città e negli ambienti chiusi viene necessariamente ridotta o persa.

" Un funzionamento imperfetto della psiche può causare seri danni al corpo, e viceversa un dolore fisico può coinvolgere la psiche. Perché psiche e corpo non sono entità separate, ma sono insieme un'unica e medesima vita. Così è raro che una malattia non sia complicata da un intervento della psiche anche se la sua origine non è psichica".
C. G. Jung

I processi energetici

La scienza medica come la conosciamo si occupa principalmente delle funzioni organiche, i medici si specializzano necessariamente nel trattamento dei diversi sistemi: respiratorio, circolatorio, digestivo, ecc. La medicina occidentale per molti anni ha ignorato la scienza della totalità della persona, negando la fondamentale unità o interezza dell'individuo, avendo la concezione che i processi mentali rientrino in un dato campo, la psicologia, e quelli fisici in un altro, la medicina organica (A. Lowen "La spiritualità del corpo" 1990). Questa concezione è la conseguenza dell'aver dissociato dal corpo lo spirito. Una visione olistica dell'organismo riconoscerebbe che il corpo è impregnato di uno spirito che è attivato dalla sua psiche e si prende cura delle sue azioni. Freud mostrò che l'isteria era dovuta allo spostamento sul piano fisico di un conflitto psichico, ma come avvenisse un tale spostamento non si riuscì a spiegare. Il risultato fu che la medicina psicosomatica si travaglia tra psiche e soma nell'incapacità di trovare un nesso tra i due. Reich, avvalendosi di un concetto energetico, si rese conto che il conflitto avveniva contemporaneamente su entrambi i livelli, psichico e somatico. Considerò psiche e soma come due aspetti di un processo unitario, l'uno mentale e l'altro fisico.

Ma mente e corpo sono anche funzioni diverse che agiscono l'una sull'altra e si influenzano a vicenda.

Reich formulò la sua concezione come principio di unità ed antitesi psicosomatica. L'unità esiste a livello energetico nel profondo dell'organismo, a livello fenomenico c'è antitesi o opposizione. La natura di questo processo energetico proveniente dall'interno del corpo, era per Reich una pulsazione (espansione e contrazione, come il battito cardiaco) con la propagazione di onde di eccitamento percepibili come flussi all'interno del corpo. Reich assunse l'originale concetto freudiano della libido come energia fisica ed eseguì alcuni esperimenti per provare che la si poteva misurare. Dimostrò che la carica elettrica sulla superficie di una zona erogena (le labbra, i capezzoli, il palmo di una mano) aumentava se questa riceveva una stimolazione piacevole, per contro diminuiva se la stimolazione era dolorosa.

Anche Lowen, che in quegli anni lavorava a stretto contatto con Reich, si convinse dell'esistenza di una qualche forma di energia che per evitare di chiamare in quel modo, causa di numerose dispute nella comunità scientifica, decise di chiamare Bioenergia per designare l'energia della vita, e chiamò analisi bioenergetica il suo tipo di trattamento che si fonda sulla comprensione dei processi energetici che avvengono nel corpo.

Sappiamo che l'energia è prodotta nel corpo dalle reazioni chimiche che avvengono nel metabolismo degli alimenti. Negli organismi viventi questo processo avviene all'interno di una membrana, per cui l'energia prodotta non si disperde nell'ambiente, ma è usata dall'organismo per promuovere le sue funzioni vitali tra cui quella di ottenere dall'ambiente gli ingredienti necessari a perpetuare la produzione di energia. Occorre quindi che la membrana sia permeabile per consentire sia l'introduzione degli alimenti e dell'ossigeno sia l'escrezione dei rifiuti del metabolismo. Il processo comporta un'attiva ricerca dei nutrimenti necessari e quindi i movimenti dell'organismo vanno guidati in modo attivo da una certa sensibilità per l'ambiente.

E' un movimento del protendersi e del ritirarsi in cui si configura l'attività pulsante dell'organismo che comprende il battito del cuore, il sollevarsi e l'abbassarsi dei polmoni, l'azione peristaltica dell'apparato digerente. La vita può quindi essere definita uno stato di eccitamento autosufficiente in cui si produce l'energia che origina i processi interni, che promuovono le funzioni vitali, e le azioni esterne, che mantengono o aumentano l'eccitazione dell'organismo. Il bambino entra nella vita con un elevato potenziale di eccitabilità che diminuisce gradualmente con il passare degli anni sino a portare il corpo ad una sempre maggior strutturazione e quindi rigidità tipica della vecchiaia. Il processo con il quale ci colleghiamo al mondo esterno è un processo energetico, tipo quello che avviene tra due diapason quando si percuote uno anche l'altro inizierà a vibrare così come avviene tra due persone che “sono in sintonia”. Come si è visto i nostri cuori e i nostri corpi sono sistemi pulsanti da cui si propagano onde che possono influenzare altri corpi ed altri cuori. La capacità della madre di percepire ciò che sta accadendo al bambino si fonda su questo tipo di legame che li unisce. Il senso di un legame con l'universale può essere ottenuto con la perdita del senso di Sé, sia che rinunci ad esso sia che lo trascenda. Il senso del Sé, chiamato anche l'IO, è il confine che crea il sé individuale, racchiuso nei propri confini, è un sistema energetico autosufficiente la cui caratteristica fondamentale è lo stato di eccitamento.

La carica energetica corporea si riflette nello sguardo come una delle più chiare indicazioni di vitalità del corpo. Gli occhi non solo sono le finestre dell'anima, ma anche del corpo, sono rivelatori dell'ardore interno. Quando il fuoco è vivo, la fiamma splende e brilla attraverso gli occhi. Gli occhi dell'innamorato sono luminosi e ne rispecchiano l'elevata carica interiore. Gli occhi rivelano anche sentimenti: scintillano quando si è allegri, rifulgono quando si è felici, sono opachi quando si è depressi. Un altro segno indicativo del grado di vitalità del corpo è la pelle, in genere la pelle ad alta carica energetica presenta toni rosei o rosati, in quanto è soffusa di sangue. Ciò avviene in seguito ad un'onda di eccitamento proveniente dal centro della persona che raggiunge la superficie, producendo nella pelle un'alta carica energetica. La forma del corpo è determinata dalle sue esperienze. La pelle che amiamo toccare è stata toccata con amore nell'infanzia. Al contatto affettuoso il corpo risponde aprendosi con piacevole eccitazione. Quando questo contatto manca il corpo del bambino si ritrae e si raffredda, la sua eccitabilità diminuisce e si riduce la pulsazione interna. Nell'individuo sano la pulsazione è forte e costante, e lo spinge a protendersi e a stabilire un rapporto d'amore con ogni persona e cosa dell'ambiente circostante.

Il corpo sano è in uno stato continuo di vibrazione sia da sveglia che durante il sonno. Un corpo vivo è in moto costante, solo da morto è veramente immobile. (Alexander e Leslie Lowen - Espansione e integrazione del corpo, 1977) Questa intrinseca motilità propria del

corpo vivente proviene da uno stato di eccitazione interna che affiora continuamente alla superficie sotto forma di movimento. Mano a mano che lo stato di vibrazione del corpo cresce in maniera coordinata, si formano e diffondono per tutto il corpo onde pulsanti. Abbiamo familiarità con queste onde nel battito del cuore che pulsa attraverso le arterie e nel movimento peristaltico dell'intestino. La vibrazione è dovuta a una carica energetica nella muscolatura ed è analoga alla vibrazione che ha luogo in un filo elettrico quando una corrente lo attraversa. Nel corso del lavoro bioenergetico il corpo di una persona è messo in uno stato di vibrazione attraverso gli speciali esercizi eseguiti durante una classe. L'attività vibratoria è una manifestazione della motilità innata dell'organismo, che è anche responsabile delle azioni spontanee, degli abbandoni emotivi e del funzionamento interno.

Gli Esercizi Bioenergetici

Gli esercizi di bioenergetica sono nati negli anni sessanta grazie a Alexander Lowen e di sua moglie Leslie. Sono una particolare tecnica della psicologia della salute, che si pone come obiettivo quello di aiutare la persona ad entrare in più profondo contatto col proprio corpo, regolandone lo stato energetico. Attraverso specifici esercizi, effettuati con determinate modalità, tempi e sequenze, le persone diventano più consapevoli delle loro tensioni muscolari e, in modo graduale e costante, ottengono il rilascio di tensioni, sia ad un livello fisico che emozionale. A. Lowen ritiene che pensare (mente) e sentire (corpo) sono due azioni legate tra loro da processi energetici. I processi energetici sono in relazione con lo stato di vitalità del corpo, per cui più il corpo è vitale, più energia si ha a disposizione, mentre la rigidità e la tensione cronica diminuiscono la vitalità e abbassano il livello energetico. Alla nascita, un organismo è nel suo stato più vivo e fluido, alla morte la rigidità è totale. Se non è possibile evitare la rigidità dovuta all'avanzare dell'età, ciò che si può evitare con gli esercizi bioenergetici è quello stato di rigidità dovuta alle tensioni muscolari croniche ossia quelle tensioni che derivano da conflitti emotivi non risolti.

Il lavoro sul corpo proposto dagli esercizi di bioenergetica ha lo scopo di ridurre lo *stress* psicofisico (*stress* non è altro che il termine inglese per indicare uno stato di “tensione”). Ogni esercizio, seguendo il ciclo naturale dell'energia, si sviluppa secondo un ciclo di “contrazione” (*tensione-carica*) e di “espansione” (*scarica*). Durante la fase di contrazione l'esercizio mira ad aumentare la tensione del muscolo (o gruppo di muscoli) su cui si sta lavorando, mentre nella fase di espansione il muscolo si libera dello *stress* contenuto in quell'area, tramite vibrazioni e movimento. Dopo questa fase di “scarica”, segue una fase di *rilassamento* dove la persona può entrare in contatto con le sensazioni, i vissuti emotivi e le percezioni del corpo.

Mano a mano che si lavora secondo questo ciclo energetico di *tensione, carica, scarica, rilassamento*, l'energia tende a salire. Di conseguenza, nonostante gli esercizi siano spesso faticosi, le persone finiscono per sentirsi meglio poiché la loro energia, non più intrappolata nelle tensioni corporee, può fluire liberamente. Tali esercizi aiutano infatti a rendere la respirazione più profonda, a sciogliere rigidità e tensioni muscolari, a sentirsi più radicati e saldi nelle gambe, a intensificare le sensazioni di piacere sessuale, ad acquisire una maggiore padronanza e consapevolezza di se stessi, ad ampliare gli orizzonti della propria auto-espressione e ad aumentare la fiducia in se stessi.

Quando si studia anatomia nel modo classico, questa non viene mai sperimentata direttamente dall'interno, ma sempre tramite intermediari: libri, modelli, pazienti. Dopo

aver completato un corso di anatomia, chiunque sarà in grado di spiegare esattamente la struttura di un fegato, ma quasi nessuno però si occupa del fatto che il fegato si può anche “sentire” come esperienza viva ed attuale. A livello culturale è interessante notare come questo aspetto venga completamente rimosso insieme con la possibilità di rendersi conto di ciò a cui involontariamente si rinuncia. Questo è valido sia per gli organi interni che soprattutto per l'apparato muscolo-scheletrico.

Rendersi veramente conto che ogni componente anatomica è presente nel corpo e che, essendo viva, può essere accessibile per via esperienziale rappresenta, per chi riesce a coglierne tutte le diverse implicazioni, una profonda rivoluzione nel modo di pensare a se stessi. Se si considera infatti che focalizzando l'attenzione sul e nel proprio corpo cambiano anche lo stato di coscienza, il modo di pensare, il livello di percezione, la qualità del movimento, della voce e del respiro si possono intravedere le molteplici possibilità che si prospettano con questa esplorazione.

Gli esercizi bioenergetici possono essere praticati durante sedute individuali con il proprio o la propria psicoterapeuta oppure in piccoli gruppi. Il lavoro in piccoli gruppi è stato chiamato da Lowen (1979), Classe di Esercizi di Bioenergetica. Le Classi di Esercizi di Bioenergetica, hanno in genere una cadenza settimanale e una durata di circa un'ora e un quarto e, se praticate con costanza ed interesse, possono essere particolarmente utili per coloro che stanno affrontando un percorso di psicoterapia individuale, nel quale possono elaborare le situazioni emotive emerse durante il lavoro corporeo. Infatti, come Lowen spesso ricorda, le Classi non possono essere considerate né un sostituto della terapia individuale né un sostituto della terapia di gruppo poiché non possono risolvere problemi emotivi profondi, ma in alcune persone aiutano a stimolare il bisogno di un intervento terapeutico competente e in ogni caso portano ad accrescere la conoscenza di se stessi, la propria vitalità e capacità di provare piacere. Inoltre, l'esperienza di fare gli esercizi all'interno di un gruppo non solo permette di lavorare su importanti dinamiche di relazione, ma stimola capacità socializzanti, promuove il sostegno reciproco, attiva l'energia bloccata e crea una partecipazione empatica.

Il trekking: aspetti bioenergetici del camminare e dell'andare per monti

Camminare è la prima attività praticata dall'uomo da quando è sulla terra. Camminare per cercare cibo, camminare per cercare ambienti naturali o climi migliori. Camminava in gruppo familiare o di tribù, più raramente da solo. Camminare è quindi una pratica costituzionalmente innata nell'uomo.

Camminare è una pratica potente e flessibile che permette di raggiungere, oggi come 100.000 anni fa, luoghi inaccessibili usando uno qualunque degli strumenti di locomozione che la moderna tecnologia mette a disposizione. Camminando puoi salire ripidi pendii, percorrere creste affilate, scendere stretti canali o percorrere greti di torrenti. Puoi scendere in grotte, salire alberi, guadare fiumi o saltare un crepaccio. Puoi percorrere lunghe distanze con poca spesa e basso consumo di energia. Camminare è una pratica salutare. Pensiamo ai nostri piedi, tocchiamoli.... La struttura ossea occupa la parte superiore del piede. Sotto c'è la polpa. Un'ampia massa densamente vascolarizzata. Cosa succede quando si cammina? Questa massa vascolarizzata viene, alternativamente nei due piedi, compressa e rilassata (contrazione-espansione). Il sangue venoso viene spinto in alto, quello arterioso aspirato in basso. I piedi in cammino sono due potenti pompe che affiancano e aiutano il lavoro della pompa principale, il cuore. Camminare aiuta quindi la circolazione sanguigna, previene vene varicose ed arteriosclerosi. E'

consigliato a chi ha problemi di cuore, compreso chi ha subito operazioni e porta by-pass. Secondo la riflessoterapia alle varie zone sulla pianta del piede (calcagno, dita...) corrispondono gli organi del corpo: cuore, fegato, polmoni, ecc. Ogni passo è un massaggio tonificante e benefico a tutto il corpo. Camminare è una attività fisica regolare che stimola e favorisce la respirazione, quindi l'attività dei polmoni ed il lento e regolare movimento della cassa toracica che, a sua volta, è un massaggio per tutti gli organi ivi contenuti: oltre ai polmoni e al cuore, il fegato, i reni, lo stomaco.

Respirare a pieni polmoni, possibilmente l'aria buona e pulita della montagna, del mare o della campagna significa anche pulizia del sangue attraverso l'assunzione del nostro cibo più sottile: l'ossigeno. Ed infine camminare è meditare. Il ripetersi di un passo dopo l'altro è come recitare un mantra. Camminare aiuta a rilassare la mente, a lasciar scivolare i pensieri senza trattenerli, a far entrare nuovi pensieri e nuove idee, ad essere creativi. Camminare per un viaggio lungo significa cambiare ambiente familiare, casa, letto. Spesso alcune malattie gravi solo legate proprio alla casa, alla posizione del letto. Cambiare casa e letto ogni giorno significa non essere influenzati da particolari siti negativi. Cambiare cibo significa, anche in questo caso, abituare il corpo al cambiamento ed alla scoperta. Cambiare ambiente familiare e sociale significa sentirsi liberi da condizionamenti di carattere psicologico ed essere padroni di scelte consapevoli.

Il camminare di tutti i giorni e di tutti i momenti (il camminare per mantenersi in forma, la marcia competitiva, ritmata o contestataria, il salire una montagna) stimola il pensiero, favorisce la memorizzazione, assicura l'autonomia e crea un legame tra il mondo e se stessi. Il camminare del bighellone, dell'escursionista, del pellegrino; camminare sul cemento, sulla terra, sulla sabbia, sul fuoco, nell'acqua e nel vento.

Camminare è il meccanismo per far partire il movimento di un essere umano e di come questo possa contribuire allo sviluppo ed a mantenere un buon livello di salute ed efficienza psico-fisica. Alexander Lowen scrive nel suo libro che *“un corpo vivo è in moto costante; solo da morto è veramente immobile. Questa motilità intrinseca è propria di un corpo vibrante, è alla base della sua attività spontanea. E proviene da uno stato di eccitazione interna che affiora continuamente, alla superficie sotto forma di movimento. Quando l'eccitazione cresce, c'è il movimento, quando cala, il corpo diventa tranquillo”*. Ed ancora *“L'unico modo per acquisire armonia è di aumentare la motilità del corpo, per poi fonderla con l'autoconsapevolezza e ottenere un elevato grado di padronanza di se stessi. Chi sviluppa grazia e armonia nel movimento sviluppa anche un corrispondente atteggiamento psicologico”*. Quanto proposto per riportare significato al camminare, il quale è esercizio, ma è anche espressione di un dinamismo interno, è indicatore del globale livello di benessere dell'individuo, ma anche segno di come quell'individuo si rapporta all'ambiente e rivela le sue qualità personali.

L'esperienza con il gruppo trekking della Global Sport Lario

La Global Sport Lario nasce come associazione per la disponibilità di alcuni volontari e il sostegno fattivo dell'azienda ospedaliera S. Anna di Como, il 24 marzo 2004. La costituzione dell'associazione sportiva dilettantistica Global Sport Lario consente agli utenti della psichiatria di sganciarsi dal servizio, favorisce l'integrazione, incentiva e promuove le risorse del volontariato.

L'associazione si prefigge di incentivare la pratica di attività sportiva a prescindere dalla prestanza fisica e dalla possibilità di ottenere buoni risultati agonistici, convinti che attraverso lo sport passi molta più salute mentale che fisica.

Come riporta il nostro statuto (dal sito www.globalsportlario.it), l'associazione è un centro permanente di vita associativa a carattere volontario e democratico la cui attività è espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo. Essa opera per fini sportivi, ricreativi e solidaristici si propone di offrire ai soci idonei ed efficienti servizi relativi alle loro esigenze motorie e sportive, ricreative e culturali, inoltre rivolge particolare attenzione al benessere psichico degli associati, privilegiando tra gli scopi la riduzione dello stigma sociale connesso alle malattie psichiatriche. Per il raggiungimento delle finalità l'Associazione promuove una costante collaborazione con le strutture del Dipartimento di Salute Mentale di Como, allo scopo di ottenere la necessaria consulenza e il massimo sostegno nello svolgimento delle attività che assumono una importante valenza di supporto agli interventi di cura. Le attività sono diverse e, a partire dal calcio, si sono poi aggiunte la pallavolo, il trekking, la vela, lo judo, il nuoto, il canottaggio e l'equitazione.

Il gruppo Escursioni nasce nel Luglio 2006.

I partecipanti sono, in genere una quindicina, ma al gruppo hanno partecipato (con frequenze diverse) una trentina di soci della Global Sport Lario.

Gli obiettivi che il gruppo si pone riguardano, non solo lo sviluppo motorio e il benessere fisico dei partecipanti, ma soprattutto il raggiungimento di una maggiore integrazione sociale, il miglioramento dell'autostima e un generale miglioramento psicologico.

Le uscite vengono eseguite tutti i martedì, in tutte le stagioni, prevalentemente su sentieri facili e nelle montagne intorno al Lago di Como, anche se sono state organizzate gite di più giorni in altre zone (Valtellina, Dolomiti etc).

Il gruppo è eterogeneo e composto sia da persone con esperienza di montagna, sia da chi non ha mai fatto nulla e si avvicina per la prima volta al mondo delle escursioni.

La proposta è quella di includere nelle uscite già organizzate, la possibilità di trovare uno spazio nella giornata per eseguire gli esercizi di bioenergetica.

Viene esposta l'iniziativa alla riunione del consiglio dell'associazione Global Sport (a cui fanno parte diversi soci del gruppo trekking) e una volta approvata vengono decise le date e i luoghi dove fare gli esercizi.

La prima uscita viene eseguita il 24 Marzo 2009 a San Tommaso, vicino a Lecco, viene scelta proprio perché facile e gita di ridotto impegno fisico, in modo da poter permettere alle persone di avere ancora voglia di spendere energie in questa nuova attività.

Prima di iniziare viene spiegato brevemente di cosa si tratta, quali sono i principi e le poche regole su cui si basano gli esercizi di Bioenergetica, lasciando ad ognuno la libertà di poter partecipare.

Tutti hanno comunque deciso di partecipare e di provare per la prima volta.

I partecipanti agli esercizi inclusi nelle uscite sono stati diversi ed eterogenei sia per età, sesso, ruolo, patologia, sia che per tipo di interesse; le classi si sono formate in modo spontaneo, ma incostante, con gruppi tra i 6 e i 22 partecipanti, inclusi gli operatori e gli accompagnatori.

Pur essendoci un nucleo di persone sempre presenti, in realtà, specialmente nelle classi più numerose, le persone che stavano a guardare o anche coloro che partecipavano (ma senza convinzione), hanno creato disturbo e disagio anche a chi poteva avere beneficio nel cercare di eseguire gli esercizi proposti.

Tra le cause di maggior demotivazione va segnalata sicuramente la stanchezza fisica, specialmente in quelle gite un po' più lunghe ed impegnative e sicuramente per le persone meno allenate e/o in sovrappeso.

Altri elementi che hanno contribuito a svalutare la proposta in queste uscite, sono stati la banalizzazione, la sottovalutazione e la mancanza di concentrazione condizionata dalle persone più critiche e oppositive, che stavano a guardare facendo commenti, con conseguente disturbo.

A seguito delle prime esperienze e visto i problemi incontrati specialmente nei gruppi numerosi, abbiamo deciso di circoscrivere la proposta alle sole persone interessate e veramente motivate, chiedendo inoltre un piccolo contributo economico quale ulteriore conferma della motivazione (quasi tutte le iniziative vengono offerte a titolo gratuito). Abbiamo dunque costituito una classe che si è formata allargando la proposta anche a persone che venivano da altre attività che non fossero solo l'escursionismo. La classe che si è così formata era composta da un gruppo di 12, di cui la metà provenienti dalle esperienze fatte in montagna.

Abbiamo configurato la proposta più orientata agli “standard” delle classi di esercizi, pur proponendoli all'esterno nei giardini di villa Olmo a Como, quindi con tutta la potenzialità dell'ambiente naturale quale facilitatore e contenitore esteso ed adattabile alle sensorialità ed emozionalità proposte negli esercizi.

Questo cambiamento è stato molto positivo e centrato proprio sulla realizzazione di esperienze che hanno portato le persone a stare meglio con se stesse e con il gruppo, al di là del proprio ruolo di pazienti, educatori o altro. C'è stato nel corso dei 10 incontri svolti da luglio a ottobre, un vero cambiamento: all'inizio le persone si sentivano impacciate e anche un poco a disagio, ma poi, con il passare degli incontri, si scoprivano sempre più sciolte e disponibili ad entrare in contatto con se stesse e con gli altri, naturalmente compatibilmente sempre con le difficoltà dovute alla propria patologia e/o rigidità – incontenibilità.

A distanza di sei mesi è stato proposto un questionario proprio per valutare ciò che era rimasto dell'esperienza.

Con grande sorpresa molti partecipanti ricordavano molto di più di quanto ci si potesse aspettare, quasi tutti hanno riferito di voler rifare gli esercizi sia durante un'escursione o anche solo al parco, ma comunque a contatto con la natura. Una costante riportata dai più è stata proprio il rendersi conto di come il disagio e le paure iniziali si sono poi stemperate fino a permettersi di lasciarsi andare sia nell'ascolto delle proprie sensazioni corporee, che nel fare lavori di coppia o di gruppo.

Quasi tutti hanno riferito di sensazioni ed emozioni piacevoli, anche di qualcosa di spiacevole, ma che poteva essere espresso e contenuto nel gruppo, anche con la possibilità di esprimerlo nell'ultima fase di condivisione verbale.

Molti hanno segnalato il piacere “terapeutico” di poter ascoltare le proprie sensazioni ed emozioni stando in gruppo e a contatto con la natura.

Le emozioni e sensazioni più riportate sono: la gioia, lo sfogo, la serenità, il rilassamento, il piacere in genere.

A titolo indicativo, riporto alcuni commenti scritti dai partecipanti nel questionario all'ultima domanda: *“Cosa hai compreso, cosa ti è rimasto, tue impressioni e considerazioni”*:

- “riprendere contatto con se stessi, riappacificarsi dei propri aspetti contrastanti”
- “qualcosa di rilassante, può sembrare strano all’inizio, ma poi si entra sempre di più e rilassa i nervi, le discese sono più tranquille”
- “ho capito come rilassarmi quando sono solo e qualcosa mi disturba, li faccio da solo e mi rilassano il corpo”
- “Dopo una salita il fatto di scaricarsi e rilassarsi è una cosa che è stata utile, ti senti un po’ defaticato”
- “E’ stata un’ esperienza piacevole, una scoperta per trovare delle valvole di sfogo, come se avessimo dei canali chiusi da aprire, ci aiuta a trovare delle vie di fuga, di uscita. Più si è meglio è.”
- “Mi è servito a sentirmi di più in pace, il mio respiro, il mio battito, il mio corpo, mi ha fatto sentire in pace con me stesso, tranquillo, rilassato. Mi è piaciuto molto, avrei voluto farlo di più”

Bioenergetica & Montagnaterapia: cosa in comune?

Fare gli esercizi di bioenergetica è un po’ un entrare in contatto con gran parte di quelle cose che avvengono durante un’escursione o una salita, sia dal punto di vista fisico, che psicologico. Viene però usata una lente che focalizza l’attenzione sugli aspetti salienti, tipici e nucleari che riguardano il corpo, la sua funzionalità, ma anche la modalità di stare con se stessi, nella relazione, nel gruppo e nell’ambiente. E’ un usare l’attenzione e il sentire per entrare più in contatto con la parte vera di se stessi. Negli esercizi che vengono proposti in gruppo si ripropone il rapporto con il proprio corpo, ad iniziare dalla respirazione, dal movimento e dalla sensorialità interna o esterna (propriocezione, esterocezione). Il conduttore stimola e spinge le persone a sentire la fatica ed i limiti di ognuno, non per una sfida, ma per la ricerca di una consapevolezza sia del proprio corpo che del gruppo (interno-esterno). In questo, il lavoro è molto simile a ciò che avviene in un gruppo che affronta una salita in cui tutti fanno fatica e tutti sentono quale è il proprio limite da rispettare, nei lavori di coppia ci si affida, così come si farebbe con una guida o semplicemente come se si dovesse chiedere aiuto ad una persona più esperta. Nelle classi di esercizi anche il riprendere quelle informazioni che vengono dai sensi è un essere ricondotti, riaccompagnati verso dei sentieri che forse possono essere difficili da percorrere, ma attraversati con il sostegno del gruppo potrebbero essere più facilmente affrontabili anche con tutte le paure della patologia. La progressione del lavoro attraversa delle fasi di carica, tensione, scarica e rilassamento, proprio come avviene in modo più diluito durante una escursione.

L’obiettivo simbolico della cima da raggiungere, viene avvicinato e reso possibile dagli esercizi che abbracciano tutta una serie di possibilità e di proposte in funzione delle difficoltà personali e del gruppo, anche se non parliamo di soli esercizi fisici, ma la fisicità è il mezzo per arrivare a una consapevolezza che rimetta in armonia l’aspetto corporeo, con quello emozionale e mentale.

I ruoli certamente esistono, ma passano in secondo piano (tutti fanno fatica, anche chi conduce) nella ricerca di un’armonia e una fluidità personale, di coppie, triadi e di gruppo, sempre con molta semplicità, rispetto, autenticità e chiarezza d’intenti. La chiave di tutto è l’ascolto ed il rispetto dei tempi e limiti di ognuno e del gruppo, la cima è più un obiettivo interiore legato al proprio equilibrio, che proprio attraverso il proprio corpo, la relazione con l’altro, la sintonia del gruppo e il contorno armonioso della natura, possono

fare la differenza, rispetto al ricovero coatto o alla costrizione di una sofferenza vissuta tra le quattro mura di un’ istituzione o anche della propria casa.

Ps: per approfondimenti sulla Bioenergetica vedi Tesi “ Trekking & Bioenergetica” sui siti www.bioenergeticamente.it e www.globalsportlario.it

Bibliografia

- ALBERGHETTI, M. S. (2003) Bioenergetica per tutti. Universo Editoriale
- BATESON, G. (1984) Mente e Natura, un’unità necessaria. Traduzione di G. Longo, Ed. Adelphi, Milano.
- DROPSY, J. (1973) Vivere nel proprio corpo. Ottaviano editore, Milano.
- FELDENKRAIS M. (1978) Conoscersi attraverso il movimento. Ed. Celuc, Milano.
- GIAMMARINI, E. G.; Cos’ è una classe di Esercizi di Bioenergetica, ovvero che cosa non è una classe di Esercizi di Bioenergetica. Anima e Corpo (online n° 6 e 7) tratto dall’ International Journal of Bioenergetic Analysis.
- LOWEN, A.; LOWEN, L. (1979) Espressione e integrazione del corpo in bioenergetica. Ed. Astrolabio, Roma.
- LOWEN, A. (1983) Bioenergetica. Ed. Feltrinelli, Milano.
- MARCHINO, L. (1995) La Bioenergetica Anima e Corpo. Ed. XENIA, Milano.
- OLSEN, A. (1994) Anatomia esperienziale. Red Edizioni, Como.
- OCCHIPINTI, E. (1995) Il Qigong. Ed. XENIA, Milano
- SOLLMANN, U. (1995) Esercizi bioenergetici. Per vincere lo stress e rigenerarsi. Ed. Astrolabio, Roma.
- SAGLIO, G.; ZOLA, C. (2007) In Su e in SE’ Alpinismo e Psicologia. Ed. Priuli & Verlucca, Scarmagno (TO)

Per contatti: Dr. Serafino Galbiati 335-284602 / 039-744619

DALLA MULTITEMATICITA' ALLA MULTIPROBLEMATICITA'

Emi Baldini *

** Terapista della Riabilitazione, ANFFAS Onlus Carrara*

La cosa più difficile quando si cerca di comunicare un pensiero, uno studio o una teoria sta nel non cadere nelle ovvietà e nella reiterazione di cose scontate che banalizzino il contenuto dei nostri argomenti. Spesso è proprio questa la maggior difficoltà da superare, soprattutto per impedire che tutto diventi estremamente noioso.

Nel nostro ambito può risultare scontato parlare di quanto la montagna sia uno strumento di straordinaria efficacia per entrare in dinamiche relazionali altrimenti difficoltose e precarie. Cerchiamo allora di percorrere sentieri che ci allontanino dalla noia, dal ripetitivo, individuando un “combustibile” che mandi avanti il motore senza ingolfarlo.

Al convegno di Riva del Garda del 2008 si è ricercata la comprensione della *multitematicità*, e si è arrivati a considerarla un contenitore, uno “zaino” (per concederci un termine romantico) all’interno del quale convivono patologie apparentemente diverse ma oggettivamente simili, così da scegliere il percorso della *montagnaterapia* come vera e propria terapia riabilitativa.

Psichiatria, disabilità mentale, adolescenze difficili, disturbi della relazione, tossicodipendenze... sono tutte disfunzioni che trovano comprensione e giovamento nel particolare e stimolante mondo che è la montagna. Il punto centrale del nostro interesse è l’affrontare la *multiproblematicità* come inevitabile conseguenza dell’altrettanto difficile termine e concetto anzidetto: la *multitematicità*.

Personalmente provo a fare degli esempi pratici per rendere più fruibile ciò che sto cercando di esprimere. Se vado in montagna e non ho il *poncho* è inconfutabile che, se dovesse piovere (e la cosa non è affatto improbabile) senz’altro mi bagnerò; se sto percorrendo un sentiero innevato senza l’idonea attrezzatura finirò sicuramente per cacciarmi in un mare di guai. Diciamo che ogni situazione esige di essere affrontata nel modo giusto; è necessario e indispensabile fare fronte ad ogni esperienza con la giusta “attrezzatura”.

In veste di professionista pratico la *montagnaterapia* e so che devo confrontarmi con situazioni problematiche, non di rado imprevedibili e comunque mai scontate, dall’insorgenza indecifrabile e dallo sviluppo incerto. L’unica certezza è la “non certezza”.

La varietà di patologie comprese in questo nuovo percorso terapeutico contribuisce inevitabilmente a far confluire nella propria realtà una vasta gamma di problematiche che, benché diverse nelle manifestazioni, altro non sono che la chiara espressione della difficoltà di chi si trova a vivere una vita privata di elementari strumenti, quali ad esempio la facilità di comunicare le proprie emozioni, il limite imposto da carenze della sfera cognitiva, dalla mancanza di *visus* Un esempio: durante un’escursione in montagna il portatore di handicap ha impedimenti fisici che risultano essere la difficoltà maggiore da superare; nel mondo del disagio psichiatrico - dove la prestanza fisica dovrebbe essere integra - la distanza che la mente interpone e prende dal proprio corpo e

dalla realtà, sovente tramuta una semplice passeggiata in un'impresa titanica. Sono realtà accomunate dal disagio ma diverse nella tipologia, problemi diversi che necessitano di tempi, modi e tipi di risposte sempre diversi.

Inutile sottolineare che ogni utente che viva la montagna in questo contesto non è solo un “escursionista”, un portatore di nuovi vissuti, di nuove emozioni, ma anche un portatore di nuove problematiche che renderanno ogni traguardo unico per lo stesso soggetto e diverso per ognuno.

Per arrivare a tagliare ogni singolo traguardo incontreremo ostacoli, disavventure, paure, ansie, preparazioni fisiche precarie; ogni patologia porterà problematiche tanto importanti quanto dissimili.

Il paziente psichiatrico avrà esigenze e richieste che saranno molto differenti rispetto a quelle di un disabile intellettivo. Differenze ci saranno tra le istanze di un tossicodipendente e quelle di un adolescente caratteriale, tra quelle di un non vedente e di un cardiopatico o di un diabetico o di un depresso; tra tutti coloro, insomma, che nella propria condizione esistenziale devono convivere con disagi e limiti. Ogni singola patologia deve essere trattata in maniera diversa ed è necessario che si prevedano progetti individuali tenenti conto dell'unicità del singolo, della complessità delle emozioni e degli stati mentali specifici.

Vediamo, così, come la molteplicità delle situazioni non è soltanto la diversità tra i vari individui ma anche la complessità di ogni singola persona.

Mi chiedo: siamo noi, operatori, pronti ad affrontare adeguatamente la multiproblematicità? In che modo possiamo continuare il nostro lavoro trasformando i problemi in risorse? Sicuramente una grande risposta ci è data dalla natura che con le sue leggi pone gli individui sullo stesso piano, eliminando le barriere costruite dai pregiudizi della diversità. Chi tra i cosiddetti “normali” non ha un po' di paura quando si trova ad affrontare un sentiero sconosciuto? Chi è completamente certo di riuscire a raggiungere una vetta? Non solo, ma quanto ci è d'aiuto sapere che c'è qualcuno che crede in noi e ci sostiene ogni volta che ci troviamo ad affrontare nuove sfide? Indubbiamente tantissimo! Ecco che diventa di fondamentale importanza il gruppo - come sosteneva Wilfred Bion - la cui forza si prolunga come tra i suoi componenti, ed è qualcosa di assoluto, poiché il contributo di ogni membro diventa indispensabile agli altri e, allo stesso tempo, fa sentire ognuno utile per la sua unicità. Non solo, ma è il gruppo stesso che diventa il giusto contenitore di ansie e di paure che, spesso, impediscono l'azione del singolo, paralizzandolo.

Quanto ho cercato di dire è poca cosa in confronto alla complessità dell'argomento, ma la consapevolezza delle molteplici problematiche può consentirci di individuare la posizione più adeguata nella continua ricerca di risposte.

Risposte certe non esistono. Forse non saremo mai completamente pronti per questo tipo di lavoro, ma è certo che metterci nella posizione di considerare le problematiche umane non come puri impedimenti, ma come modi differenti di vivere la vita ci dà qualche possibilità di riuscita. Ovvero mettere tutti nella condizione di sperimentare un'esperienza di montagna, di usufruire di un ambiente naturale e genuino, per migliorare la propria qualità di vita e, perché no, riprendere possesso della propria identità di persona libera da deleterie ubbie.

Certo non si deve perdere di vista la realtà. Il confronto tra le varie esperienze vissute dai gruppi attivi nel mondo della montagnaterapia e la volontà di andare a cercarne

continuamente di nuove, ci aiuterà ad affrontare la complessità della multiproblematicità. Come ci aiuta adesso sapere che ogni utente è unico e necessita di progetti individuali. Dobbiamo però guardare oltre, non fermarci ai problemi particolari del paziente in quanto - anche se operatori - siamo pur veicolo dei nostri problemi. La ripetitività delle azioni può condurre a noia, a scontento e a mancanza di stimoli. Se non riusciamo a individuare, a focalizzare e a circoscrivere le nostre deficienze, non possiamo credere di poter aiutare gli altri!

Gli stimoli giusti sostengono, fanno andare avanti nel lavoro, fanno crescere, umanamente e professionalmente. Trovare nuova linfa per fare un buon lavoro è essenziale a chi deve poter continuare il confronto delle esperienze ed avvalersi di tecniche e di preparazioni specifiche nella riabilitazione. La formazione deve essere costante e sottoposta a periodiche verifiche: convegni, tavole rotonde, gruppi di studio sono buoni strumenti per affrontare la multiproblematicità.

La comunicazione è fondamentale al lavoro di gruppo.

L'interscambio delle esperienze aumenta le nostre conoscenze.

Bibliografia

BION, W. (2009) Esperienze nei Gruppi . Armando editore, Roma.

MONTAGNATERAPIA E CARDIOLOGIA

Giulio Scoppola *

* *Psicologo Psicoterapeuta, Responsabile Unità Operativa Psicologia Clinica Ospedaliera ASL Roma E*

*“Il paziente soddisfatto è di diritto obiettivo ed esito dell’assistenza”
(H.Vuori, 1987)*

“A chi cammina non si muovono solo gli astratti pensieri nel cervello, ma si mettono in movimento carne e sangue, così le sapienze inconscie depositate negli organi possono mobilizzarsi, montare in alto e riaffiorare nella coscienza” (M. Scheffer).

L'ambiente montano ed il mini-soggiorno residenziale in montagna (due giorni ed una notte “sopraimille” metri), con i suoi stimoli e le occasioni di contatto e di relazione con gli altri frequentatori (di cui proverbiale è la solidarietà), con i limiti oggettivi imposti dall’ambiente e con le potenzialità rappresentate dalle mete da raggiungere, con l'allenamento fisico necessario e la valutazione delle risorse energetiche, ben si presta per un percorso terapeutico - riabilitativo (cardiologico riabilitativo e psicosociale) che abbiamo definito: “Montagnaterapia cardiologica”¹.

Esso ben si colloca all’interno della cornice delle attività cosiddette di “riabilitazione estensiva”² già descritte in letteratura.

Il progetto nasce dall’esperienza maturata in anni di lavoro con lo strumento della “Montagnaterapia”³ già utilizzato nel settore della Salute Mentale⁴, utilizzandone buona parte del bagaglio teorico e metodologico, condividendone gli scopi.

Siamo partiti sei anni fa, nell’ospedale S. Spirito di Roma, dall’osservazione che i pazienti affetti da patologie cardiache o sottoposti ad interventi (di differente gravità) al cuore, dopo la fase della necessaria stabilizzazione post interventistica, esprimevano la speranza di estendere il processo di recupero della loro salute (che noi abbiamo ridefinito come “pressione di salute”), sperimentandosi sia nei luoghi di vita abituali ma, soprattutto, nei luoghi naturali.

Coglievamo un bisogno di mettersi alla prova in luoghi di vita, di vacanza e di socializzazione, non associati alle vicende di malattia e capaci di impegnare anche la loro fisicità; luoghi che nella loro memoria precedono le vicende sanitarie negative e/o traumatiche.

Le malattie e gli interventi invasivi cardiologici (infarto, scompenso, by-pass, operazioni valvolari...), come avviene per molte patologie croniche o acute, producono, oltre ad un significativo distress, una sorta di “danneggiamento” secondario. Può infatti insorgere una sofferenza psicologica e psicosociale con esito depressivo e, nel tempo, con conseguenze psicosomatiche. Si può determinare una caduta della stima di sé e del senso di autoefficacia anche a causa del distacco che quasi inevitabilmente si produce dal gruppo

sociale di riferimento. Ci può essere infine un aumento delle paure ed insicurezze connesse al funzionamento ed alla affidabilità del proprio organismo, del proprio corpo come strumento che “abita” il mondo. Inoltre la ridotta tolleranza all’esercizio fisico, la presenza (o anche solo la paura) di sintomi quali l’affanno o l’angina, determinano la riduzione dell’attività fisica e la limitazione delle proprie esperienze. Una sorta di circuito vizioso con la perdita di competenze e funzioni “biopsicosociali” (cfr.: OMS).

Il bisogno psicologico è quindi quello di sentirsi accompagnati, controllati ed aiutati in questa delicata fase di recupero dell’autonomia e della salute, sia da un punto di vista cardiologico che psicologico.

Se entriamo ora un po’ più nello specifico possiamo dire, parafrasando Scheffer, che “mettere in movimento carne e sangue” è una immagine ed una metafora di una ri-dinamizzazione del Sé.

Esso definisce, sul piano psicologico e fisico, la persona, con tutte le sue caratteristiche, con tutte le sue memorie (passate), il suo vissuto (presente), le sue fantasie e desideri (futuri). Comprende la rappresentazione di tutte le sue relazioni (passate, presenti e future), definendo l’individuo nella sua costituzione mentale, fisica e relazionale.

Ecco allora che il tentare di rimettere in “movimento” il Sé, prendendosene cura, ci porta ad incontrare le paure, le angosce, gli aspetti traumatici ma anche le speranze, i desideri, il concetto del limite, l’oltre come categoria spirituale (non necessariamente religiosa).

La montagna favorisce da un lato l’ accettazione di un limite, ma dall’altra parte stimola anche alla ricerca dei segnali psicofisici ed emozionali che permettono di estendere il proprio confine psicofisico ed esistenziale nell’ambiente naturale. Anche gli elementi per lo più traumatici connessi agli eventi critici (infarto, angina, operazione valvolare o angioplastica ...), possono essere recuperati nel racconto personale e poi elaborati, anche se parzialmente, durante il cammino e le sessioni di Montagnaterapia proposte.

Andare in alto è una metafora dell’abbandonare simbolicamente ciò che ci tiene ancorati al terreno; ed in questi anni ho visto l’abbandono della paura di salire e separarsi, l’abbandono della rabbia, ho osservato l’abbandono della depressione; il tutto con una componente significativa della volontà.

La dinamica psicologica si appoggia così su un corpo non più vissuto e sperimentato come “difettoso” ma sperimentato come nuovamente (o per la prima volta) competente.

Una importante annotazione riguarda il ruolo che l’ambiente naturale, non modificato dall’uomo, ha nella riabilitazione proprio per una tipologia di pazienti che hanno avuto una alta esposizione agli operatori sanitari ed all’ospedale (terapie intensive, reparti, infermieri, cardiologi, mancanza di autonomia di vita). Ho anche qui notato le potenzialità trasformative di un *setting* come la montagna, con i suoi rifugi, i suoi sentieri, le sue vette, i suoi stimoli naturali.

Essa veicola elementi lenitivi e terapeutici naturali, capaci di stimolare nel modo migliore le relazioni, le comunicazioni; e di rendere accettabili le stesse procedure diagnostiche di controllo dei parametri cardiologici (svolte sul campo).

La montagna testimonia inoltre la permanenza degli oggetti. Il “corpo” della montagna sembra esprimere un suo personale ritmo (freddo/caldo; luce/buio; duro/morbido; sereno/nuvoloso) che ricorda ai nostri pazienti che anche il loro corpo può recuperare un buon ritmo dopo averlo spesso perduto nella malattia. Anche il “respiro della montagna”

(il vento) può utilmente essere associato agli esercizi di respirazione completa da noi svolti nelle sessioni di gruppo.

L’ultima annotazione riguarda il lavoro interdisciplinare e multiprofessionale. Sul campo abbiamo operato insieme ed in modo integrato, psicologo, cardiologo, psichiatra, infermiere, emodinamista, istruttore del CAI, istruttore di Nordic-Walking.

Questa integrazione fra competenze diverse evoca e stimola nei pazienti una sorta di “funzione integrativa” di significato psicosomatico. Essa si estende cioè sia ai differenti organi e tessuti, ed al loro fisiologico ed armonico funzionamento nell’organismo, sia ai differenti tratti di personalità presenti nei componenti del gruppo (per il loro positivo interagire e comunicare durante tutta l’esperienza).

Da tutto questo siamo partiti con il progetto di “Montagnaterapia cardiologica”, nel 2004, presso la ASL RM E. Con me la dr.ssa Francesca Lumia, cardiologa e co-ideatrice del Progetto, il dr. Paolo Di Benedetto, psichiatra della ASL di Rieti, il dr. Alessandro Danesi, cardiologo emodinamista del nostro Ospedale, gli Infermieri della UOC di Cardiologia ed i Fisioterapisti che si sono avvicendati nel corso delle sei edizioni svolte fino ad oggi. Con noi la preziosa presenza degli Istruttori e dei Volontari del CAI di Rieti (gli “esperti”), tra cui l’alpinista Mario Sciarra. Dietro e accanto ad operatori e pazienti l’Associazione ONLUS “Cuore Sano” che ci ha accompagnato in questi anni con il sostegno economico e stimolandoci a scrivere sul proprio giornale, “Cuore Amico”. Gli articoli divulgativi e le foto hanno permesso ai pazienti ed agli operatori di riflettere sulle esperienze e di memorizzarne il vissuto.

Per punti ed in sintesi vogliamo ora descrivere il metodo di lavoro da noi svolto fino ad oggi (novembre 2010) nelle sei edizioni di Montagnaterapia cardiologica.

1. Gli assistiti vengono selezionati dal cardiologo in base a condivisi parametri di stabilità delle condizioni cliniche e assenza di indicatori correlabili a controindicazioni per la fase extra-ospedaliera della riabilitazione, con attività in montagna di media quota (fino a 2000 m. slm.).
2. Essi vengono considerati, nel lavoro psicologico riabilitativo, come persone portatrici di memorie biopsicosociali a cui ricollegarsi per recuperare un senso di continuità esistenziale ed esperienziale, cercando così di contrastare anche gli aspetti traumatici e depressivi connessi all’evento cardiologico.
3. La cultura escursionistica ed alpinistica, corredata dagli aspetti tecnici specifici del mondo della montagna di matrice CAI (Club Alpino Italiano), come l’orientamento, l’allenamento, l’alimentazione, l’equipaggiamento, la storia dell’alpinismo, la tecnica della progressione in salita e discesa, fanno da sfondo e da supporto all’esperienza trasformativa, permettendo al gruppo ed al paziente una sorta di “transito di identità”: da cardiopatici in cura ad escursionisti-alpinisti-esploratori alla ricerca di un Sé più funzionale.
4. L’operatore è parte attiva di questo metodo e processo, mettendosi in gioco nella relazione psicologica e fisica. Egli mette a disposizione il suo Sé con memorie, desideri, paure, limiti, capacità, mostrando una attitudine al superamento delle difficoltà ed al *problem-solving*.
5. Le necessarie procedure di monitoraggio pressorio, frequenza cardiaca e l’importante accoglimento psicologico delle percezioni vissute come pericolose o dolorose, oltre ad

essere svolte con particolare attenzione clinica, vengono anche lette in chiave psicosomatica ed inserite in un contesto di tipo sportivo; esso comprende e supera la definizione sanitaria originale. Viene in questo modo aperto un canale di comunicazione psicologico sulle percezioni, sulle preoccupazioni, sulle ansie per il possibile ripresentarsi di un evento cardiaco temuto.

6. Vengono proposte sessioni di respirazione e rilassamento in gruppo; ogni informazione che proviene dal Sé psicofisico viene contestualizzata e riferita alla fatica, al movimento, agli elementi oggettivabili presenti nella montagna e in se stessi.
7. Le sensazioni dolorose vengono il più delle volte legate al camminare, al portare uno zaino, al freddo; spostando così l'attenzione su un soma affaticato per un motivo contingente ed ambientale e non compromesso da una sintomatologia a temuta eziologia cardiaca.
8. Il mini-soggiorno viene video-ripreso e fotografato. Questo permette un successivo confronto ed un lavoro di elaborazione (cfr. :“Videoconfrontazione”, D. Manghi, Milano 1989) con lo sviluppo di una immagine di sé e del Sé che contrasta con una possibile immagine "difettuale". La forza evocativa dell'ambiente naturale, non modificato dalla mano dell'uomo, emerge con forza, contribuendo alla costruzione e memorizzazione di un' esperienza particolarmente intensa e fruibile.
9. L'approccio di Montagnaterapia cardiologica tende ad incrementare il senso di autostima ed auto-efficacia delle persone coinvolte (empowerment). Infatti, mentre la malattia frequentemente determina una pesante alterazione con un incremento disfunzionale delle attenzioni protettive della famiglia e dell'ambiente, specialmente nei primi mesi dopo l'evento cardiologico, nella Montagnaterapia questo vissuto viene tradotto e regolarizzato dall'esperienza di un Sé in relazione con l'ambiente naturale e con gli altri, e dinamizzato verso gli obiettivi da raggiungere.
10. L'intervento che proponiamo tende a ridurre i ben noti fenomeni negativi, conseguenti alle cardiopatie, attraverso l'esposizione al gruppo, all'ambiente fisico e meteorologico, all'inserimento in normali sessioni sulla respirazione, sul rilassamento, sull'equipaggiamento (aspetto bioenergetico); questo attraverso la progressiva uscita da una riabilitazione ospedaliera vissuta come sicura ma nel tempo insufficiente.
11. Nella Montagnaterapia cardiologica (come in tutto l'approccio di Montagnaterapia) il lavoro prevede la sinergia di più figure professionali: gli esperti del luogo (Guide Alpine, Istruttori, Accompagnatori ...) ed i facilitatori, cioè il personale sanitario a diverso titolo inserito nei progetti. Gli operatori socio-sanitari sono attenti a che la “relazionalità” (vero principio attivo dell'esperienza) possa agire positivamente all'interno dell'organismo biopsicosociale. Una relazionalità in gioco fra il Sé e l'ambiente naturale e fra le proprie stesse componenti costitutive: gli aspetti storico-emozionali, quelli cognitivo-razionali, quelli percettivo-corporei e motivazionali (vedi anche la definizione di Montagnaterapia dal sito: www.montagnaterapia.it).
12. Negli ultimi anni, oltre all'aspetto escursionistico ed “alpinistico” estivo, abbiamo curato particolari aspetti del movimento ritmico in montagna e della comunicazione come: arrampicata, Nordic-Walking, comunicazioni con l'uso di radio, letture. Abbiamo privilegiato le relazioni di gruppo e la convivialità, senza sottrarci alle richieste individuali, e rispondendo per competenza specifica ad interrogativi di natura cardiologica o psicosomatica.

13. In tutti e sei gli eventi abbiamo potuto riscontrare (attraverso le parole dei partecipanti e numerosi commenti videoregistrati⁶) una generale soddisfazione e la riconoscente consapevolezza che l’esperienza della montagna in gruppo, aiuta a superare blocchi psicologici, aspetti depressivi reattivi, isolamento sociale, ansia somatizzata, ansia anticipatoria.
14. Pur affermando questo non possiamo ancora offrire un quadro attendibile dei risultati clinici data l’esiguità delle osservazioni proposte e la piccola entità del gruppo dei pazienti (dai 9 ai 15 individui a volta, alcuni “ripetitori” dell’esperienza annuale) sui quali effettuare una misurazione psicodiagnostica standardizzata.
15. Anche dal punto di vista cardiologico si stanno elaborando, su queste prime esperienze, i dati strumentali reperiti. Crediamo che essi saranno capaci di mostrare non solo un beneficio cardiocircolatorio e ritmologico di questo tipo di riabilitazione, ma anche il ristabilirsi delle migliori condizioni possibili di salute, intesa come “senso di completo benessere bio-psico-sociale” (OMS).

Bibliografia

- ¹ AMARI, C.; LUMÌA, F.; MICHETELLI M.; ROMANO, A.; SCOPPOLA, G. (2004) Dall’Ospedale alla Montagna: una prima esperienza residenziale di “Montagnaterapia cardiologica” nella ASL RM E”, *Giornale di Riabilitazione*, Volume XX-N°4, Gioggi Ed.
- ² Archives for Chest Disease, International Journal of Cardiopulmonary Medicine and Rehabilitation; Volume 60, n°3/2003, “Linee guida per le attività di psicologia in cardiologia riabilitativa e preventiva”, Monaldi Ed., 2003.
- ³ DI BENEDETTO, P.; SCOPPOLA, G. (2009) Riabilitazione Psichiatrica e Montagna. In *Medicina e Montagna*, vol 1, Manuali del CAI n° 18, Commissione Centrale Medica del CAI, Artpress, Modena.
- ⁴ SCOPPOLA, G. (2006) Dentro la montagna terapia: storia, radici, strumenti. In *Montagnaterapia e Psichiatria*, Contributi teorici al Corso di formazione “Sopraimille”. Edizioni Provincia Autonoma di Trento.
- ⁵ “Cuore Amico”, periodico di informazione dell’Associazione “Cuore Sano”, Ed. Visconti, Terni, Articoli sulla Montagnaterapia pubblicati negli anni: 2004-2010.
- ⁶ Video: “Grazie di Cuore: un percorso di Montagnaterapia”, di G. Mona, Eurithmic Films, 2009, durata 26’.

Indirizzo per la corrispondenza: giulio.scoppola@asl-rme.it

BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI, NATURE DEFICIT DESORDER E MONTAGNATERAPIA IN ETÀ EVOLUTIVA: UNA PROPOSTA DI INTERVENTO CON RAGAZZI CON BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI (BES)

Federico Magnaguagno *

Arianna Murrone **

Roberto Miletto ***

* *Laureato in Scienze Motorie, Presidente Associazione Montagnaterapia Italiana Onlus*

** *Psicologa Psicoterapeuta, presidente Associazione Family Time Onlus*

*** *Neuropsichiatra infantile -Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, AUSL Roma H/4, Pomezia*

Introduzione.

Quanto presentato qui oggi scaturisce dal lavoro di un' équipe di ricerca, la ELLEPI (litorale pontino), costituita da dipendenti della sanità pubblica e professionisti del privato sociale che da anni sono impegnati nello studio delle esigenze e delle difficoltà dell'età evolutiva, con particolare riferimento ai bisogni educativi speciali, nei confronti dei quali la Montagnaterapia si è dimostrata un intervento efficace per diversi aspetti.

Di questi tempi nostri, certo difficili, la scuola ha sempre meno risorse integrative per affrontare l'impegno educativo e rieducativo con alunni in difficoltà. Se ancora non siamo ad una penalizzazione drammatica per chi vive una condizione reale di disabilità, perlomeno in un'osservazione generica complessiva, le iniziative integrative per chi disabile non è ma va veramente tanto male a scuola sono ormai soffocate quasi dappertutto. Ed è proprio un gran peccato, perché i mancati interventi nella scuola dell'obbligo non solo compromettono il successo formativo, ma fanno sì che di fatto si prevengano meno le sofferenze in età giovane adulta connesse con una varietà di condizioni che vanno dalla devianza alla malattia psichica.

Oggi la scuola tende, sia per mancanza di risorse, sia a volte per inadeguatezza dei modelli educativi ancora legati ad un "vecchio modo" di fare scuola, a voler uniformare tutti gli alunni su standard che inevitabilmente creano esclusione. Una scuola realmente inclusiva dovrebbe saper "fare differenze" tra i propri alunni, attivando percorsi formativi che valorizzino la diversità degli allievi, riconoscendo attraverso curricoli speciali, bisogni educativi differenti.

Di cosa stiamo parlando?

Le statistiche sulle diversità presenti in aula parlano chiaro:

- Alunni con Handicap certificato, sono intorno al 2-3 %
- Alunni con *bisogni educativi speciali* di interesse clinico, arrivano fino al 15-20 %
- Alunni con *bisogni educativi speciali* per diversità NON clinica (culturale, etnica, religiosa) (?= Una percentuale non censita ma che le testimonianze dirette di

professori ed insegnanti denunciano in sensibile aumento, sicuramente uguale se non superiore a quelle con interesse clinico)

Quando parliamo di ragazzi BES, volendo sintetizzare, stiamo parlando di:

- Difficoltà di apprendimento
- Iperansietà
- Disturbi dell'attenzione
- Disturbi della sfera emozionale
- Scarsa autostima
- Scarso rendimento
- Disturbi delle condotte

Sempre per sintesi, proviamo a schematizzare quali possono essere le possibili cause che portano alla manifestazione di queste difficoltà.

• Condizioni fisiche: ▪ Ospedalizzazioni ▪ Malattie acute/croniche ▪ Lesioni ▪ Fragilità ▪ Anomalie cromosomiche	• Attività personali: ▪ Apprendimento ▪ Applicazione delle conoscenze ▪ Pianificazione delle azioni ▪ Autoregolazione ▪ Comunicazione/linguaggio ▪ Interazione/relazione ▪ Autonomia personale/sociale
• Contesto ambientale: ▪ Famiglie in difficoltà (trasferimenti, separazioni, problematiche lavorative, ecc.) ▪ Pregiudizi ed ostilità culturali ▪ Difficoltà socio-economiche ▪ Scarsità di servizi ▪ Isolamento rispetto alla famiglia di origine	• Partecipazione sociale: ▪ Integrazione nelle attività scolastiche ▪ Integrazione nella vita extrascolastica e di comunità
• Contesto personale: ▪ Problemi emozionali e comportamentali ▪ Scarsa autostima ▪ Scarsa autoefficacia ▪ Scarsa motivazione ▪ Scarsa curiosità ▪ Difficoltà nell'identità e nel progetto di sé	

Oggi, tra le cause che portano al disagio in età giovanile, a questo quadro già complesso possiamo aggiungere un nuovo quadro sindromico che, per diversi aspetti, comprende o è compreso in diverse delle aree sopra citate: il Nature Deficit Disorder.

Il Nature Deficit Disorder

Da anni l'Educazione Ambientale è entrata nelle istituzioni pubbliche, nel mondo della scuola, nella società ed uno degli scenari preferiti in cui le sue iniziative si svolgono è quello delle Aree Protette (in Italia ne esistono oltre mille), luoghi privilegiati di sperimentazione di percorsi coinvolgenti che mirano a costruire contatti con la Natura, certo per esigenze educative, però anche per dare benessere, fisico e mentale. Il chiaro rapporto tra Natura e Benessere può sembrare un'ovvietà, ma la dimensione scientifica di questo rapporto è stata messa in luce più chiaramente soltanto negli ultimi anni attraverso

ricerche sperimentali e cliniche su diverse popolazioni; è stato così dimostrato, per fare solo qualche esempio, che la partecipazione a campi estivi in montagna dove è necessario orientarsi nell’ambiente, riconoscere specie animali e vegetali e comprendere i ritmi biologici della natura, ha un effetto significativo nel rinforzare l’autostima e l’autoefficacia di bambini appartenenti a classi sociali svantaggiate (Readdick e Schaller, 2005). Similmente, in un campione di adolescenti colpiti da tumore, si è visto che la cosiddetta “terapia dell’avventura” (adventure therapy), consistente in una serie di esplorazioni guidate da esperti in ambienti naturali incontaminati, aumenta notevolmente i punteggi in alcuni test di benessere psicologico e qualità della vita (Epstein, 2004). Riflessioni sul tema del rapporto tra contatto con la natura e salute mentale e fisica non possono che partire dagli Stati Uniti, che hanno nelle loro realtà urbane esempi decisamente “più avanzati” di cosa sia un rapporto deficitario con la natura incontaminata. Così, un noto editorialista del New York Times, Richard Louv, esperto di temi psicopedagogici e fondatore del Children and Nature Network, ha recentemente pubblicato sul Nature Deficit Disorder un volume diventato subito negli Stati Uniti clamoroso bestseller, tradotto anche in Italia (2008), costruito su interviste ad oltre 3000 famiglie. Uno spaccato, quello che emerge, di realtà americane ove il contatto diretto con la natura viene facilmente sostituito dai prodotti culturali e tecnologici. Una realtà che non è ancora quella italiana, ma che nei nostri ambienti urbani e metropolitani tende sempre più ad assomigliarle.

Ma ben prima della recentissima e completa rassegna di Louv, l’idea che una massiccia “dose di natura” possa sortire effetti positivi sulla salute mentale e fisica delle persone era già emerso qua e là nelle storia delle scienze. L’entomologo Edward O. Wilson, il noto inventore della disciplina della sociobiologia, in suo libro del 1984 introduce il concetto di biofilia (letteralmente, “amore per la vita o gli esseri viventi”): essa consiste nella “connessione che gli uomini cercano inconsciamente con il resto degli esseri viventi”; egli sostiene cioè che la profonda affiliazione che l’uomo prova nei confronti della natura vegetale e animale, lo stupore che tutti proviamo di fronte allo spettacolo della natura incontaminata, siano emozioni biologicamente determinate che spingono l’uomo a relazionarsi con la natura e ad entrare con essa in un rapporto di reciproco influenzamento. Wilson, a sua volta, riprende il termine biofilia dallo psichiatra Erich Fromm, che nel 1964 per primo utilizzò questo concetto per descrivere l’attenzione, l’attrazione e il piacere che le persone (psicologicamente sane) sperimentano verso tutto ciò che è vivo, come è ampiamente dimostrato dalla cura e dall’impegno che moltissimi di noi profondono nella cura delle piante – nel giardinaggio – o nell’allevamento degli animali da compagnia. Questa ipotesi è stata poi ripresa e notevolmente ampliata sul piano biofisico ed ecologico a partire dagli anni ’70 dal medico James Lovelock e dalla biologa evoluzionista Lynn Margulis con la famosissima ipotesi Gaia: tutto il pianeta Terra, sia cioè la biosfera che l’insieme delle sostanze organiche e inorganiche presenti su di essa, altro non è se non un essere vivente auto-organizzato, capace di strategie di auto-protezione e aggiustamento in caso di variazioni di qualunque tipo sulla sua superficie. Secondo l’ipotesi Gaia, l’uomo è inscindibilmente legato a questa sorta di “anima del mondo” di platonica memoria, e ogni stile di vita che comporta un’eccessivo distacco da Gaia e dalla vita, comporta per l’uomo un costo in termini di perdita di benessere fisico e mentale (Bondi, 2006). Insomma: l’uomo è un microcosmo intimamente connesso con il macrocosmo della Natura, e la società occidentale, così tecnologizzata e sprezzante verso

Madre Natura, implica una grave perdita di quest'intima connessione che poi si riflette su tutti noi come Deficit di Natura.

In questo contributo cerchiamo di definire una condizione, che é sindromica, da Deficit di Natura, con possibili evidenze cliniche nell'ambito fisico e, per il nostro specifico interesse, con le ripercussioni in quello affettivo-relazionale, comunicativo, neuropsicologico. Con qualche spunto propositivo, poi, su esperienze educative/rieducative outdoor rivolte soprattutto al mondo della scuola. Quando consideriamo il Nature Deficit Disorder ci riferiamo, nella nostra realtà, spesso a quadri limite, che non sono più di normalità fisiologica, ma non ancora proprio di franca patologia: diciamo condizioni di “sottosalute”, indotte da un sedentarismo precoce, facilitato dalla scolarizzazione e da tempi liberi non sufficientemente trascorsi all'aperto, in natura, ma a casa, con i compiti e la vita passata davanti ad uno schermo, quello della TV, del computer, dei vari giochi elettronici. Stare a casa, presi da occupazioni sedentarie, toglie tempo in primo luogo all'attività fisica, riduce il consumo energetico, si mangia di più ed anche male, talora perfino condizionati dalle abitudini pubblicizzate dallo schermo (Perrotta, 2006). Il mancato o insufficiente esercizio fisico comporta una disfunzione certamente varia, da poco uso muscolare, un ventaglio sindromico definito già mezzo secolo fa nella “malattia ipocinetica” da Kraus e Raab. Certamente paramorfismi precoci che alterano posture e portamenti, ma variamente comportano anche alterazioni in diversi apparati, oltre a quello muscolo-scheletrico, nel cardio-respiratorio, nel metabolismo (basti pensare all'aumento recente dell'obesità precoce e sue conseguenze) e, per quel che ci riguarda di più, con delle implicazioni neuropsichiatriche non trascurabili.

PARAMORFISMI DELL'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO	PARAMORFISMI METABOLICI
• Atteggiamenti precoci scoliotici; • Cifosi cervico-dorsali; Iperlordosi lombari; • Tendenza a varismo o valgismo ginocchio; • Tendenza a valgismo, piattismo piede • Rischio di tendinopatie, problemi reumatologici	• Rapporto pondo-staturale sfavorevole • Alterazione del feed-back diencefalico relativo all'appetito • Sovrappeso corporeo precoce • Alterazioni nel metabolismo glucidico • Alterazioni nel metabolismo lipidico
PARAMORFISMI DELL'APPARATO CARDIO-RESPIRATORIO	PARAMORFISMI PSICOLOGICI
• Tachicardia da esercizio • Gittata sistolica tendenzialmente ridotta • Circolazione periferica non adeguata alla richiesta di sforzo • Pressione arteriosa media non adeguata allo sforzo • Potenza aerobica ridotta • Volumi polmonari ridotti con minore efficienza ventilatoria • Tachipnea da esercizio	• Il bambino “difficile”, con Instabilità emotiva • Ridotta socialità con poca organizzazione del tempo libero • Disturbo dell'espressione dell'aggressività; Balbuzie, Onicofagia • Minore capacità nel gestire lo stress, poca tolleranza alle frustrazioni • Spinta verso una maggiore Iperansietà • Ridotta autostima • Ridotta capacità di concentrazione

Da G.Caldarone ed al., Centro D.S.Menarini (parzialm.elaborato)

Queste tabelle servono solo per dare un’idea sul polimorfismo complesso di un’ipotesi sindromica come il Disturbo da Deficit di Natura; è perfino luogo comune sostenere che alcune malattie siano legate “a qualcosa che non va” negli ambienti costruiti e nella vita ad essi connessa, specie nelle megalopoli: obesità, asma, allergie, su tutti, e disturbi comunicativi, relazionali, comportamentali. Nell’ultima Tabella c’è un elenco clinico configurante il vario panorama del versante mentale del Natural Deficit Disorder: ci piace rilevare come possa essere connesso a due idee motrici; quella prevalente (*) ci porta a pensare ad una vita ben poco vissuta in natura, sostanzialmente sedentaria, ipodinamica, e dunque sostenuta, per schematizzare, da una mancanza di movimento sufficiente; la seconda (**), qui espressa nella cattiva concentrazione, così presente nei nostri alunni, la legghiamo di più ad un altro aspetto di vita non naturale, quella vissuta in ambienti urbani trafficati e chiassosi, nei nostri contesti di vita così saturi di suoni e rumori, tra loro interferenti e rinforzanti, quindi in relazione, sempre per schema, ad una mancanza di silenzio sufficiente. A questo proposito, ci piace qui citare Winifred Gallagher, che è l’autrice di una guida recente sulla scienza della concentrazione, “The Focused Life (2009)”, una vita concentrata per l’appunto; lei sottolinea come il meccanismo dell’attenzione sia più selettivo di quel che si creda: di fatto, si finisce per fare bene una cosa oppure un’altra!. Si sa che, quando stimolati, i neuroni della corteccia prefrontale, che è centro di programmazione, funzionano oscillando all’unisono e inviano segnali che impongono alla corteccia visiva di prestare attenzione allo stimolo. Queste oscillazioni, onde gamma, sono create dall’accensione e dallo spegnimento in contemporanea dei neuroni. Entrambi questi segnali, però, incontrano difficoltà nel loro percorso se l’ambiente è molto rumoroso. Dunque, i livelli più alti di sincronia cerebrale si possono osservare solo quando si ha possibilità di stare in contesti più congrui, ambienti silenziosi, quelli adatti alla meditazione. Sarà per questo che una scienziata della concentrazione come la Gallagher, compreso quanto sia difficile per il cervello non prestare attenzione ai rumori, sostiene di portarsi sempre dietro dei normali tappi per le orecchie! Oggi i tappi, domani il laser per aiutare il cervello a rimanere assorto, è la conclusione decisamente “americana” di John Tierney (2009), altro noto editorialista del New York Times; a noi sembra però che un contributo in tal senso già lo si possa ricevere dall’immergersi nella natura: sempre di più e fin da subito.

L’uomo, in accordo con la crisi di identità che attraversa tra il saper essere e l’avere, ci sembra che dimentichi troppo spesso di essere egli stesso parte integrante di quella Natura. Il distacco a cui assistiamo, nella convinzione di poter possedere l’ambiente naturale e quindi di poterci porre idealmente al di sopra della Natura stessa, con la presunzione di non dover obbedire a nessuna regola definita, è un atteggiamento portatore di alienazione, in cui la visione antropocentrica, a livello individuale, suggerisce uno stile di relazione sempre più centrato sull’io e poco avvezzo all’ascolto dell’altro da sé. Ed è proprio questo deficit di capacità di ascolto, di empatia, che oggi si pone alla base di molti disturbi giovanili delle condotte, in cui la scarsa propensione a spostare il centro del proprio pensiero rende possibili azioni violente e aberranti, in cui l’altro è considerato oggetto per sé e non come individuo. Assistiamo quindi ad un allontanamento non solo dall’ambiente naturale ma anche dalla propria natura umana, e ci rimane difficile pensare in questo contesto che le due cose non siano in nessun modo correlate.

In accordo con queste premesse, con crescente interesse oggi vengono realizzati sempre più anche in età evolutiva progetti di Montagnaterapia, tesi a restituire l’Uomo alla sua

Natura, finalizzati alla prevenzione primaria, secondaria, nonché alla cura ed alla riabilitazione di portatori di differenti problematiche, patologie o disabilità.

Nata soprattutto come metodologia di intervento applicata nei contesti sanitari che si occupano di salute mentale, la Montagnaterapia sta conoscendo sempre più “versanti” di applicazione, che vanno dalla riabilitazione di persone con patologie cardiologiche al recupero socio-educativo in situazioni di devianza giovanile, al trattamento di molti aspetti della clinica neuropsichiatrica. In particolare, rispetto all’applicazione della Montagnaterapia e, miratamente, dell’Arrampicata Terapeutica in età evolutiva, l’Unità Operativa Distrettuale di Neuropsichiatria Infantile a Pomezia, in collaborazione con il Progetto Natura Umana, sta conducendo uno studio innovativo (Miletto, Magnaguagno, 2009), che ha costituito un vero e proprio Curricolo Speciale per alunni preadolescenti/adolescenti con bisogni educativi speciali. Questo approccio particolare, è adatto in prima istanza per soggetti: a) con comportamenti a rischio, ed il riferimento particolare è per il bullismo; b) con facilità all’acting out, all’Impulsività/Instabilità, e con quadri di Disturbo di Attenzione ed Iperattività (DDAI); c) con note depressive, inibizione, stima del Sé bassa, difficoltà nella costruzione di legami; d) con Disarmonia Evolutiva e Disturbi di Apprendimento Non Specifici (DANS).

Lo sfaccettato quadro della “vecchia” malattia ipocinetica o del più, diciamo, moderno Nature Deficit Disorder, oltre che i diversi aspetti del disagio che portano a definire le situazioni con BiES, vanno affrontato in età evolutiva con un piglio preventivo, perlomeno per evitare lo scivolamento da stati di sottosalute a malattie conclamate; la scuola diventa allora un’agenzia elettiva per promuovere quei Curricoli Speciali che tutelino un benessere fisico e psichico.

Il senso del binomio Montagnaterapia/Età evolutiva

Nell’esperienza che si consolida ormai negli anni, la Montagnaterapia si sta rivelando un efficace strumento di intervento in età evolutiva per diversi motivi che proviamo a sintetizzare.

1. Il coinvolgimento totale che implica questo particolare approccio, sul piano fisico, emotivo, cognitivo e relazionale, se si rivela efficace in genere, con persone in età evolutiva rappresenta una chiave di svolta importante per il raggiungimento delle finalità proposte.
2. Un “setting” di lavoro, come quello della montagna, che offre una vasta varietà di stimoli.
3. La dimensione del piccolo gruppo, che promuove uno stile collaborativo piuttosto che competitivo, favorendo allo stesso tempo la possibilità di utilizzare appieno le potenzialità relazionali della vita di gruppo, anche come riflesso delle proprie relazioni interiorizzate.
4. La relazione tra adulto di riferimento e gruppo dei pari che si realizza secondo i canoni della mediazione, realizzando così una preziosa sinergia tra Ambiente (stimolo) –guida (mediatore) –gruppo.
5. Il valore metaforico dell’esperienza che permette di trascendere il qui e ora, realizzando un ponte reale tra esperienza particolare ed esperienza generale, prendendo consapevolezza della relazione di unità del proprio modo di essere nei diversi contesti, riuscendo ad ipotizzare motivazioni, cause e provando a trovare strategie e soluzioni che siano validi nel particolare come nel generale.

6. Una metodologia di lavoro in accordo con i criteri fondamentali dell'apprendimento esperienziale.

La crisi della verticalità

Nella complessa rete di messaggi, immagini, stimoli da cui oggi siamo circondati, non è sempre facile orientarsi e non perdere la bussola dei valori che possano migliorare il luogo dove viviamo e le persone con cui ci relazioniamo. In questo stato di confusione, sono le nuove generazioni a pagare il prezzo maggiore.

Infatti, stiamo offrendo loro un modello distorto della realtà, innaturale, in cui ogni cosa non costa più nessun impegno, nessuna fatica, ma apparentemente è lì alla portata di tutti. In questa realtà virtuale, ogni mezzo è lecito per raggiungere il proprio obiettivo e il percorso che porta ciascuna persona a realizzare una conquista perde di valore di fronte alla possibilità di ottenere la stessa cosa in meno tempo e con meno fatica. Spesso anche chi dovrebbe educare perde di vista questo aspetto e rafforza questo tipo di messaggio, magari nell'idea che se si tratta di un buon fine, i mezzi necessari per ottenerlo non siano di altrettanto conto.

Figuriamoci quindi come possano reagire i più giovani, bombardati da impulsi quasi irresistibili da parte della società e dei media a seguire la massa. Terrorizzati dall'idea di rimanere esclusi, tagliati fuori, cercano ad ogni costo di riuscire ad uniformarsi ai cambiamenti dettati di volta in volta da una logica consumistica che mira esclusivamente all'incremento del potere economico di pochi.

Siamo così perennemente impegnati nel mantenerci al passo, nel seguire il flusso, che non riusciamo spesso a soffermarci a riflettere sulla direzione in cui stiamo andando, al senso delle nostre azioni: siamo cioè condizionati a non pensare, a non sviluppare consapevolezza. In questo modo continuiamo in qualche modo a camminare in cerchio, valorizzando quasi esclusivamente la dimensione orizzontale della nostra esistenza.

Quello a cui assistiamo di conseguenza oggi è la crisi della verticalità, di quel moto interiore ed innato che ciascun uomo conserva che lo porta a salire, ad affrontare dei rischi e delle difficoltà nell'intento di elevare il proprio stato di coscienza, a migliorare se stesso e di conseguenza i rapporti con gli altri e con l'ambiente che lo circonda.

A volte sembriamo aver perso la bussola, essere disorientati. È forse questo un inconveniente dell'era tecnologica che, se pur ha migliorato innegabilmente il nostro stile di vita, ci ha allontanato dalla terra, dalla natura, che può invece costantemente confrontarci con una realtà fatta di equilibri, in cui la qualità dei mezzi che si utilizzano per ottenere un risultato determina il risultato stesso, in cui ogni percorso è ricco di stimoli in grado di trasformare la propria esperienza più di quanto non lo faccia la meta stessa del nostro andare. Immaginiamo cosa significhi salire in cima ad una montagna: prima di poter conquistare quello spettacolo a 360°, siamo chiamati ad attivare le nostre risorse per far fronte a reali situazioni, a richiamare il nostro impegno, ad affrontare la fatica, le difficoltà, i dubbi, i pensieri, lo sconforto, la soddisfazione ... la verticalità, senza scorciatoie.

Adolescenza: una vita sempre al limite!

L'andare oltre è una spinta interiore che fa parte di noi. È l'espressione della verticalità intrinseca che rappresenta la spinta evolutiva a cui si risponde nel cercare di passare da uno stato ad uno migliore. Migliorare, evolvere, crescere, sono processi evolutivi del tutto

naturali. Quando, quindi, questo “andare oltre” diventa un ostacolo più che un incentivo alla propria evoluzione? Molti dei problemi che nascono oggi in campo educativo hanno a che fare con l’inadeguatezza con cui vengono definiti, percepiti e delineati i confini. Ed i confini (e di conseguenza i limiti) sono uno strumento prezioso di conoscenza; oggi c’è un tentativo di negazione dei limiti, sia a livello mediatico che educativo. Ci sono modelli di riferimento quasi insostenibili, da super uomini e super donne, in cui nulla sembra impossibile in un mondo in cui c’è sempre una scorciatoia per tutto. La tendenza è quella di non accettare i limiti naturali e di voler, con l’artificiosità degli strumenti che creiamo, andare oltre. Le problematiche ambientali hanno spesso origine da questo tipo di approccio. Non c’è da stupirsi quindi che la parola limite evochi quasi subito un pensiero legato al superamento, alla non accettazione, alla ribellione. Non siamo culturalmente abituati ad accettare.

In Occidente siamo abituati ad agire, a fare, a realizzare, a scavalcare, ad andare oltre: questo ci ha consentito di sviluppare conoscenze di inequivocabile utilità, anche se a volte a prezzi molto elevati, perché spesso nel nostro agire trascuriamo di ascoltare. Nella cultura orientale, in cui l’azione, il polo attivo, si equilibra armoniosamente con il polo non attivo, l’ascolto, questo discorso trova maggiore comprensione. Comprendere che è nella stessa nostra natura l’essere limitati, ci fa comprendere che il limite è prima di tutto un elemento di conoscenza, di consapevolezza. Il limite è di per sé già espressione delle nostre potenziali risorse, a patto di saperlo accettare.

Quello che è un rischio del periodo che molto riguarda categorie fragili come i nostri adolescenti è il vissuto di essere come in una giungla, là dove sopravvive solo il più forte o il più furbo, ambienti dove diventano fondamentali la simulazione, il bluff, la negazione a tutti i costi della propria fragilità, e spesso anche la rivalsa del senso di inferiorità su chi è percepito ancora più fragile. Modelli che impongono quindi, tra l’altro, bassi livelli di ascolto (sarebbe troppo doloroso e frustrante) e quindi anche una scarsa consapevolezza, un mix potentemente correlato al disagio e alla violenza. D’altro canto, si genera così solitudine, esclusione, chiusura, senso di inadeguatezza. Tutti hanno dei limiti, tutti hanno delle risorse, e ciascuno, nella sua unicità, esprime una particolare rappresentazione di entrambi. Ciò che per una persona costituisce un limite potrebbe non esserlo per un’altra e viceversa. Questo approccio basato sulla considerazione della persona nella sua unicità, nella sua umanità, ad esempio è lo sfondo delle esperienze di arrampicata con tutti, indistintamente, ciascuno al proprio livello, utilizzandone il potenziale trasformativo intrinsecamente connesso alla verticalità, affinché possa essere uno strumento di crescita personale, di consapevolezza di sé, di training personale nella scoperta delle proprie risorse interne.

Oggi, la Montagnaterapia e l’approccio Natura Umana, propongono un modello alternativo di guardare la parete, riscoprendo nell’ostacolo esterno, un ostacolo interno, dove il superamento del limite è la conseguenza della riscoperta delle proprie risorse a partire dall’ascolto e dalla consapevolezza che, unitamente alla volontà, portano alla realizzazione di un cambiamento che è prima di tutto interiore. Ciò è possibile solo se si riesce a individuare la propria parete interna, se la si conosce, la si studia, la si affronta con strategia e determinazione, e questo è reso possibile dal confronto, dalla condivisione, dalla mediazione, dalla rielaborazione dei propri vissuti, in cui i compagni di cordata e la “guida media montagna” non sono solo coloro che tengono la corda, ma coloro che sono

capaci di restituirci una visione multidimensionale della nostra esperienza, permettendoci di conoscere in profondità le nostre debolezze e quindi anche le nostre risorse.

Ci piace immaginare che scalare il “Versante Nord” (così è stato chiamato il progetto realizzato nelle scuole con alunni BES) implichi l’uso, come in una vera montagna, di una doppia corda: la prima è lo sviluppo dell’autostima come forma di energia vitale al servizio di processi psichici superiori (con l’incremento di competenze, autonomia, esperienza, fiducia, efficacia); la seconda è l’incremento della consapevolezza, la luce in grado di scoprire quali oggetti interiori proiettano la loro ombra sulla nostra esistenza. Le due corde, sono indispensabili una all’altra per progredire: d’altronde, nell’arrampicata sono fondamentali tre elementi, il primo è la capacità di osservare e riconoscere gli ostacoli, interni ed esterni, della parete, il secondo è la possibilità di accettarli, accoglierli pienamente, per poi, con il terzo, dare vita ad un’azione decisa verso l’alto che porti a risolverli. È questo un vero e proprio processo creativo. Il cuore dell’approccio non è l’azione, ma l’azione consapevole: il pensiero in azione.

Studio pilota: il Progetto “Versante Nord”

Il Progetto “Versante Nord” si propone la realizzazione di uno studio pilota sull’utilizzo della Montagnaterapia e dell’Arrampicata Terapeutica nel trattamento di alcuni quadri clinici, i disturbi dell’attenzione ed iperattività (DDAI) e delle condotte.

“Versante Nord” non si riferisce solo al difficile versante di ogni montagna, poco esposto alla luce del sole e comunemente noto per le insidie che presenta a chiunque voglia affrontarlo, è anche il versante meno esposto alla luce della consapevolezza, non meno ricco di insidie e ombre che rendono difficile la realizzazione del Sé.

Come nelle parole di Marinella Malacrea, psicoterapeuta esperta nello studio degli esiti di eventi traumatici, il progetto è centrato sulle “esperienze emozionali correttive”, una sfida ai modelli operativi interni distorti, attraverso la proposta di reali altri modelli di pensiero e comportamento. Sempre mediati da adulti che possano diventare interlocutori per legami più sani di attaccamento, capaci di facilitare la costruzione di un pensiero di maggiore fiducia verso il mondo e verso se stessi. Un progetto, quindi, che promuove un approccio integrato al disagio, che non tiene rigidamente separati e indipendenti i diversi ambiti, ma ne utilizza l’interconnessione: per veicolare “contenuti rigeneranti”, capaci di promuovere consapevolmente un cambiamento nei modelli operativi di ciascuno. Si potrebbe, un po’ creativamente, definire questa operazione come l’innesto di pensieri staminali, una valida alternativa al sistema di pensieri distorti che sono alla radice dei disagi. Tornando alla clinica, quando si parla di DDAI, o di disturbi delle condotte, comportamenti a rischio, o ancora disturbi di apprendimento non specifici (DANS), ci si riferisce a coni d’ombra generati da eventi diversi, ma che spesso si manifestano con comportamenti simili. In questo studio pilota, ci proponiamo di individuare, a conclusione del processo diagnostico, una metodologia d’intervento per rendere ciascun ragazzo selezionato consapevole della propria zona d’ombra, per iniziare ad affrontarla.

1. Il progetto

Sono stati svolti 10 incontri di due ore ciascuno con cadenza settimanale.

Ogni incontro si è svolto secondo la metodologia dell’approccio Natura Umana sopra descritta, prevedendo momenti di discussione, riflessioni teoriche, esercitazioni pratiche sui temi teorici, apprendimento di elementi tecnici e relative esercitazioni.

Gli incontri 1-5 hanno sviluppato il tema centrale del FARE Cordata, mentre gli incontri 6-10 il tema dell’andare verso l’alto (VAI).

Ogni argomento teorico è stato accompagnato da esperienze pratiche e dalla relativa condivisione.

Nella seguente tabella vengono riportati alcuni esempi di esperienze in cui lo sviluppo di un argomento ha portato ad individuare i principi universalmente validi e la generalizzazione del principio individuato nell’esperienza quotidiana.

Esperienza/Strumento	Principio	Generalizzazione
Memory	Pensare e pianificare una strategia prima di agire (D. 11 anni)	Risolvere un problema di matematica o un gioco di strategia
Fare Cordata: lavoro sulla fiducia	Per fidarmi degli altri, devo prima di tutto fidarmi di me stesso (R. 12 anni)	Se decido di andare a fare il bagno nell’acqua alta, devo avere fiducia nelle mie capacità di nuotatore
Fare Cordata: lavoro sulla fiducia	Fidarsi è una scelta, a volte difficile	In una azione di gioco, scegliere se tentare da soli o passare la palla ad un compagno dandogli fiducia
Tecnica di arrampicata: il baricentro	L’equilibrio tra due opposti è spesso la strada migliore per raggiungere un obiettivo (C. 13)	In una discussione, spesso la ragione sta nel mezzo
Fare Cordata: lavoro sulla fiducia	Le cose nuove possono spaventare e sembrare più difficili di quello che sono	Quando il professore di matematica spiega una cosa nuova
Fare Cordata: lavoro sulla responsabilità	Essere responsabili è un impegno che si prende nei confronti di chi si affida a noi ed è a volte più difficile che affidarsi	Quando si prende l’impegno di cucinare per molte persone, si è responsabili del fatto che tutti stiano bene a cena

2. Metodo.

Qui si propone uno studio clinico che è parte della ricerca-azione realizzata nel Distretto di Pomezia su un gruppo selezionato di preadolescenti, tutti maschi, di età compresa tra 11 e 15 anni. Di questo campione, 16 ragazzi di una scuola media del territorio segnalati dagli educatori stessi per disturbi comportamentali interferenti con gli apprendimenti scolastici, presentiamo qui la distribuzione che evidenzia una connotazione clinica del gruppo selezionato, secondo la classificazione ICD-10 dei Disturbi Psichiatrici del bambino e dell’adolescente. In Asse I è riportata la nosografia psichiatrica, che connota sostanzialmente il campione nel senso di Sindromi-Disturbi comportamentali/emozionali propri dell’età evolutiva (solo due soggetti presentano quadri - cod.F30 e F40 - di riscontro anche in età adulta). In Asse III c’è la descrizione del livello di funzionamento intellettuale, da cui si evince che la struttura cognitiva del gruppo è varia ma certo non con dotazione marcatamente compromessa (solo uno con effettivo ritardo cognitivo).

**DISTRIBUZIONE SECONDO LA CLASSIFICAZIONE MULTIASSIALE ICD-10
DEI DISTURBI PSICHIATRICI DEL BAMBINO E DELL'ADOLESCENTE**

ASSE I

Cod.	Categoria diagnostica	n°sogg
F90	SINDROMI IPERCINETICHE	
F90.0	Disturbo di attenzione ed iperattività (F98.8 Inattenzione)	2
F91	DISTURBI DELLA CONDOTTA	
F91.0	Limitato al contesto familiare	2
F91.2	Con socializzazione normale	3
F91.9	Con attività di banda senza patologia psichiatrica evidente (Z03.2)	1
F92	DISTURBI MISTI DELLA CONDOTTA E DELLA SFERA EMOZIONALE	
F92.0	Di tipo depressivo	1
F92.8	Altro disturbo misto	1
F93	DISTURBI DELLA SFERA EMOZIONALE	
F93.0	Sindrome ansiosa da separazione	1
F93.2	Sindrome di ansia sociale	1
F93.8	Disturbo emozionale dell'infanzia di altro tipo con disturbo dell'identità	1
F94	DISTURBI DELLA FUNZIONE SOCIALE CON ESORDIO PRECOCE	
F94.1	Disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia	1
F30	SINDROMI AFFETTIVE	
F34.1	Distimia	1
F40	SINDROMI NEVROTICHE	
F41.2	Sindrome mista ansioso-depressiva	1

ASSE III

Sulla valutazione cognitiva

F70	RITARDO MENTALE DI GRADO LIEVE (RML)	1
Q01	CASI LIMITE (ipoevoluzione nell'organizzazione del pensiero)	5
Q00	DOTAZIONE NELLA NORMA	7
Q10	DOTAZIONE SUPERIORE	3

La ricerca-azione è fondata su un *testing* con due distinti momenti di somministrazione: a) baseline; b) re-test. E poi c'è un altro significativo strumento valutativo, che è l'osservazione clinica mirata sul campo, per questa si è predisposta una griglia specifica, da noi elaborata, il diario delle sedute e relativi filmati.

- Durata: 3 mesi circa (marzo – giugno 2009)
- Frequenza del training con l'arrampicata: una seduta di due ore circa a settimana
- Operatori: 1 Istruttore di arrampicata, responsabile del progetto di Montagnaterapia Natura Umana (Federico Magnaguagno); 1 Educatore Professionale in ruolo di co-conduzione (Massimiliano Gencarelli)

- Polo Associato di Ricerca: 1 neuropsichiatra infantile (Roberto Miletto), 3 psicologhe psicoterapeute (Daniela Andropoli, Maria Rosa Fucci, Arianna Murrone); 3 tirocinanti psicologhe (Francesca Tozzi, Daniela Azzarelli, Valentina Masi)

Testing di valutazione baseline dei soggetti

Somministrazione dei seguenti test, di cui i primi due noti e standardizzati, mentre i disegni tematici sono proposte originali:

- **MRO** (Modello delle Relazioni di Oggetto, di Grasso M., Ardizzone M.), uno strumento proiettivo di analisi dell'insieme dei rapporti significativi per ciascun adolescente;
- **TMA** (Test di valutazione multidimensionale dell'autostima, di Bruce Bracken) che offre un indice sintetico complessivo dell'autostima;
- **Disegni tematici**: è la particolarità del nostro esame clinico, fuori certo dai binari di prove standardizzate e, diciamo, universalmente riconosciute; questi disegni sono delle proposte elaborate dal nostro Polo di Ricerca, con breve fantasia guidata da svegli e colloquio clinico semistrutturato per lo studio delle reazioni affettive tramite le immagini mentali. Le immagini indotte, essendo di natura simbolica, aggirano considerevolmente le resistenze prodotte dall'angoscia sottostante. In questa fase di studio non c'è la pretesa di introdurre alcun cambiamento nella fantasia stessa, ma ci si limita ad osservare la natura del sentimento, che può esprimere la sintesi di un passato affettivo profondo fallimentare e doloroso.

I disegno: “La Situazione Difficile”.

Consegna: “Immagina te stesso in una situazione difficile ... nella quale sei scivolato senza quasi accorgertene; uscire da questa condizione sembra proprio complicato, assomiglia un po' ad una trappola che ti blocca”... “Ora disegna te stesso nella situazione difficile che hai immaginato”

Si prendono in esame più livelli:

- *Livello cognitivo*: “Qual è il primo pensiero che ti viene in mente?”. “Disegna un fumetto”.
- *Livello emotivo*: “Che sentimento provi quando ti trovi nella situazione difficile che hai disegnato?”.
- *Livello comportamentale*: “Cosa fai di concreto allora?”.
- *Risorse proprie*: “Ti senti equipaggiato per affrontare questa situazione difficile o no?”. “Pensi di disporre di qualche strumento utile? Quale? Come lo usi?”.
- *Ricorso a risorse esterne*: “Pensi che ci possa essere qualcuno che ti possa aiutare? Chi? In che modo può farlo?”.
- *Non risorse*: “Pensi di poter uscire dalla situazione difficile o immagini di non farcela?”.
- *Ostacoli*: “Quali sono gli ostacoli che si frappongono alla soluzione?”. Esame del dialogo interno con analisi dell'autosabotaggio: “Cosa ti dici per rinunciare?” Ostacoli Interni (autoattribuzione di responsabilità); Ostacoli esterni (delega di responsabilità).
- “Come concludi questa storia di fantasia?” (Visione ottimistica, Visione pessimistica).

II disegno: “Il Disegno di Sé Scolaro”.

Idee-guida per la consegna: “Disegna te stesso scolaro”.

- “Mettili ora un fumetto e scrivici dentro il primo pensiero che ti viene in mente quando pensi a te come alunno...”.
- “Cosa credi che gli insegnanti pensino di te?”.
- “E i tuoi compagni che idea hanno di te?”.
- “E i tuoi genitori che pensieri hanno di te?”.
- “Se fossi mago cosa cambieresti di te scolaro?”. “Disegnalo!”.
- “Cosa cambierebbe della tua vita se questo si avverasse?”.

Re-test a conclusione del training di arrampicata terapeutica

- a. Si ripete il TMA;
- b. Si propone un *colloquio clinico strutturato* incentrato sul lavoro svolto nell’arrampicata:
 - ✓ Descrivi le esperienze dell’arrampicata che ti hanno più colpito ... qualche esercizio specifico ...
 - ✓ Perché questo esercizio specifico?
 - ✓ Che cosa ti ha insegnato? (Principio di valore)
 - ✓ Come usi o hai usato nella tua vita di ogni giorno quello che ti ha insegnato l’esercizio? (applicazione pratica del Principio appreso)
 - ✓ Ti potrebbe capitare di usarlo in futuro: pensa in quale situazione ti potrebbe essere utile usarlo ... (generalizzazione del Principio)
- c. Si riprende il Disegno della Situazione Difficile del pre-test, per un *colloquio strutturato su differenze e somiglianze* tra i due momenti, iniziale e finale:
 - Te lo ricordi? Racconta ... (sintesi del sistema di funzionamento ideativo, emozionale, comportamentale precedente; se il ricordo è poco efficace, ed è un dato, la ricostruzione è insieme)
 - Quale potrebbe essere il tuo primo pensiero oggi? (analisi ideativa attuale)
 - Che sentimento proveresti oggi? (analisi emotiva attuale)
 - Che cosa faresti di concreto? (analisi comportamentale attuale)
 - Senti di avere quello che ti serve per affrontare questa situazione difficile? Hai qualche strumento utile oggi? Quale? E come lo usi? (analisi delle risorse interne)
 - Pensi che c’è qualcosa o qualcuno che ti può aiutare? Cosa? Chi? In che modo può farlo? (analisi delle risorse esterne)
 - Quali sono gli ostacoli che ti impediscono oggi di superare la situazione difficile? (analisi dell’auto-sabotaggio con individuazione degli ostacoli interni o esterni)
 - Cosa è cambiato rispetto a prima? (consapevolezze di cambiamento); quando non c’è alcun pensiero intorno al cambiamento, si può proporre la fantasia “Se tu avessi una bacchetta magica, come cambieresti questa situazione difficile?”.
- d. Il re-test si conclude con il *Disegno di Te stesso nell’Esercizio per Te più Difficile* e si chiede di accompagnarlo con un fumetto ove scrivere il pensiero che viene in mente facendo l’esercizio.

Tra il materiale originale usato sono state realizzate anche delle registrazioni diaristiche effettuate dalle tirocinanti psicologhe, perché abbiamo cercato così di misurare, prima e dopo il trattamento, alcune variabili cognitive e comportamentali mediante griglie di valutazione secondo scala Likert.

Primi risultati.

Si propongono qui le prime considerazioni tratte dal nostro *testing*, scegliendo come modalità di presentazione una descrizione, piuttosto analitica, di uno dei casi nel gruppo trattato: I.L. perché *alunno con bisogni educativi speciali* per un marcato ed ingravescente disturbo della condotta compromettente gli apprendimenti, nonostante la dotazione cognitiva superiore.

Caso di I.L.

I. è un alunno *non* disabile, ed è dotato di un buon livello di elaborazione cognitiva della realtà e di un’eccellente padronanza linguistica. Tuttavia, più di recente, la sua dotazione cognitiva viene spesso impiegata nell’espressione di comportamenti devianti; si mostra come un ragazzo a rischio di sviluppare un grave disturbo evolutivo, che attualmente presenta le caratteristiche di un Disturbo della Condotta: a causa di ciò, a scuola il ragazzo ha ottenuto diverse note per cattive condotte, fino ad una sospensione con allontanamento dall’istituzione scolastica. Il suo rendimento, considerato ottimo fino allo scorso anno, ha subito una drastica flessione fino ad un significativo disinvestimento dallo studio. Il disturbo evolutivo si manifesta anche in famiglia, assumendo caratteristiche spesso drammatiche, che comportano notevoli problemi di contenimento da parte dei genitori. Il tempo extrascolastico non viene impegnato in alcuna attività ludico-aggregativa, a causa di un ostinato rifiuto di I. nel mettersi “in confronto” con i pari, dei quali lui si sente grandemente superiore perché dotato di qualità speciali che gli permettono, a suo dire, di riuscire eccellentemente in tutto. A causa di queste caratteristiche di personalità e delle relative difficoltà comportamentali presentate, l’alunno è stato considerato necessitare di *bisogni educativi speciali* ed è stato segnalato dalla scuola per usufruire del curriculum speciale dell’arrampicata terapeutica.

- Al **Test TMA**, somministrato ad avvio progetto, non emerge nessuna condizione di sofferenza autopercepita dal ragazzo. Il confronto tra questo dato e gli elementi emersi in anamnesi e nel colloquio clinico, lascerebbero emergere una riflessione sulla presenza in lui di una percezione onnipotente di se stesso, che va a mascherare ogni possibile contatto con la propria eventuale fragilità.
- Al **Test MRO** si evidenzia una relazione oggettuale complessivamente adeguata, senza significativi rilievi di alterazioni cliniche.
- Dal disegno di Sé Scolaro e dal colloquio semi-strutturato successivo:

Schema 6

PERCEZIONE DI SE’ SCOLARO (Pre-test)

Organizzazione grafica	Disinvestimento: disegno mal fatto, ridotto all’essenziale, sguardo non direzionato verso i testi di matematica e scienze
Pensiero su di sé scolaro	Noia personale: sfoglia il libro ma si limita a guardare le figure; finge di studiare; Idea di una noia provata da tutti i compagni
Ipotesi sul pensiero dei docenti su di sé	Giudizio molto positivo: “ <i>Pensano che io sono interessato moltissimo all’argomento</i> ”
Ipotesi sul pensiero dei compagni su di sé	Giudizio sui pregi: “ <i>J. è un secchione, è gentile!</i> ” (“ <i>in realtà non vedo l’ora di scappare e mi appresto a fare qualche favore fuori della classe, così sembro gentile</i> ”)
Ipotesi sul pensiero dei genitori su di sé	Giudizio negativo estremo: “(loro pensano che) <i>non mi va proprio di fare nulla</i> ”

Uso della bacchetta magica	Onnipotente: <i>“farei di me un ragazzo con tutti i lati buoni, un gentiluomo”</i>
Cambiamento ipotizzabile	Oscillazione nell’estremo positivo: <i>“sarei chiamato dai migliori college del mondo, reclamerebbero la mia iscrizione!”</i>
Osservazione comportamentale	Collaborativo; Compiacente

Dopo il breve percorso del curriculum speciale dell’arrampicata terapeutica si è apprezzata una potenzialità di cambiamento molto alta, con una consapevolezza del suo nucleo di sofferenza e con l’intuizione delle possibili vie d’uscita dalla trappola negativa. Vediamo quali sono i cambiamenti analizzando le risposte date ai disegni.

Dal **Disegno dell’Arrampicata** e dai commenti ottenuti tramite il colloquio semi-strutturato si colgono delle esplicitazioni chiare della sua potenziale modificabilità (Schema 7).

Schema 7 **DESCRIZIONE DELL’ARRAMPICATA**

Esercizio maggiormente significativo	Arrampicata in parete legato alla corda, con riuscita solo nel terzo giorno: sentimenti di soddisfazione misti a paura. Comportamento di conquista personale
Argomentazione	Riorientamento con scoperta di essere capace: <i>“Nei giorni successivi ho rafforzato questa scoperta di essere capace. All’inizio uno pensa di fare i salti, come in un film, ma quando sei appeso alla corda pensi: Ho paura e se casco faccio un patapum! Il sogno è una cosa, puoi saltare e fare capriole, nella realtà non riesci e hai paura veramente”</i> ; Rinuncia al Sé onnipotente: <i>“Non sono l’uomo ragno, sono io ... io che ho paura ma posso arrampicare, sono capace”</i>
Disegno e organizzazione grafica	Se stesso impegnato in parete con i fattori di sicurezza: corda, il compagno che fa sicura: <i>“Si fa cordata in due. Si può cadere, ma è meno probabile. Ci vogliono le sicurezze: il compagno e la corda. Io potevo scegliere il compagno di cui mi fido”</i>
Principio di valore	Autoprotezione: <i>E’ bello stare con gli altri senza fare cavolate come facevo prima che rischiavo di farmi male, ad esempio salivo sull’albero e mi lanciavo”</i> ; Socialità: <i>“E’ bello stare con gli altri ... si fa cordata in due. Si può cadere, ma è meno probabile ... Io potevo scegliere il compagno di cui mi fido”</i>
Generalizzazioni possibili ed esempi	Non esposizione a rischi e valutazione parallela di rischi e risorse: <i>E’ importante proteggermi. Se io lavoro devo stare attento. Se c’è un incendio e io sono pompiere non andrò in pantaloncini ma con la tuta protettiva. La mia vita è importante come quella degli altri”</i>

Anche nel caso di I., a completamento dell’esperienza dell’arrampicata terapeutica hanno contribuito le **Griglie di Osservazione comportamentale**, dalle quali si osserva quanto segue:

- un miglioramento di grado lieve nell’indice dello *Stile di Arrampicata*, con riduzione dei comportamenti di rifiuto e di impotenza rispetto alle difficoltà insite nella nuova esperienza, ed orientamento verso una maggiore valorizzazione delle proprie risorse (si ricorda al lettore come J. si sia spesso sottratto, in passato, dalle situazioni di competizione per paura che i propri limiti potessero emergere visibilmente attraverso il fallimento, dimostrando ora una maggiore capacità di rischiare e partecipare attivamente);

- un miglioramento di grado lieve nell'indice di *Cooperazione nel Fare Sicura*, con riduzione dell'indifferenza mostrata verso l'altro ed un incremento dell'attenzione alla cooperazione tra pari (si ricorda come il ragazzo mostrasse un atteggiamento fortemente evitante verso i contatti sociali in ambito extrascolastico, con motivazioni a contenuto spiccatamente narcisistico);
- tuttavia, è anche presente un peggioramento di grado lieve nell'indice dell'*Attenzione* che dimostra come, nonostante i significativi progressi percepiti dal ragazzo, permanga ancora in lui un bisogno di migliorare l'attenzione sostenuta necessaria per portare a positivo compimento delle attività.

Tuttavia, è proprio nel riesame del **Disegno della Situazione Difficile** che appaiono più evidenti le differenze tra la fase iniziale, ovvero precedente all'avvio del progetto, e la fase finale, successiva alla conclusione dell'esperienza di arrampicata. A tale proposito, è interessante notare come, durante il colloquio, il ragazzo aggiunga al precedente disegno i denti da vampiro e le gocce di sangue (colorate in rosso) come a rappresentare, con chiara consapevolezza, il suo ricorso alla parte più distruttiva di sé, falsamente e illusoriamente percepita come parte “forte”.

Schema 8 **CONFRONTO DELLA PERCEZIONE DELLA SITUAZIONE DIFFICILE (problema di geometria) TRA BASELINE E RETEST**

	<u>BASELINE</u>	<u>RETEST</u>
Percezione generale della situazione difficile	Disorientamento; Senso di impotenza generalizzata	Ammissione piena della propria responsabilità con esame di realtà buono
Pensiero	Evitamento	Ridimensionamento dell'onnipotenza
Sentimento	Paura pervasiva di sbagliare, di perdere il controllo agendo gesti impulsivi	Soddisfazione per conquiste reali
Comportamento	Fuga e ricorso a strategie fallimentari	Arricchimento di strumenti efficaci
Risorse Interne	Confusione pervasiva con impiego di strumenti non efficaci; Esaltazione di un Sé Ideale buono con Contaminazione del pensiero	Ascolto, attenzione, abbandono della noia
Risorse Esterne	Nessuna	Apprezzamento di un adulto competente, esperto nel campo
Non risorse	Esterni e di tipo temporale	Superamento dell'autosabotaggio con ricorso all'equazione Io cattivo = Io forte
Ostacoli	Pensiero ricorrente: “Se non sono eccezionale sono uno schifo!”	Non sono Superman e non sono uno schifo! Io posso imparare.
Copione di vita	Evoluzione in Disturbo di Personalità di tipo “falso Sé” con un Sé oscillante tra onnipotente e depresso	Possibile modificabilità con maggiore adesione alla realtà
Prognosi	1) rinuncia agli estremi (eccezionale <i>vs</i> infimo) per riposizionarsi al centro (Jonatan con pregi e difetti); 2) governo sulle parti distruttive con canalizzazione delle energie verso la conquista.	Riequilibrio del copione fallimentare “tutto o niente”

In conclusione possiamo dire che, attraverso l’esperienza, certo troppo breve, dell’arrampicata, I. ha però già trovato un significato-chiave della sua difficoltà personale: l’oscillazione estrema tra il Sé Ideale e il Sé deprezzato. Nel corso dell’esperienza, inoltre, sembrerebbe avere anche individuato una soluzione possibile a tale assetto di personalità, ovvero l’accettazione di un Sé reale, con le sue potenzialità e gli inevitabili limiti. Chiaramente, questa scoperta necessita di un consolidamento nel tempo, al quale sarà utile la collaborazione di tutto il contesto educativo che ruota intorno al ragazzo (scuola-famiglia, gruppi aggregativi, sportivi, scoutismo, ecc.).

Bibliografia

- AA.VV. (2004), Per un’etica nella vita. Edizioni Sinthesys, Torino
- AMY, B. (1978), L’alpinismo. Dall’Oglio Editore, Varese
- BAILEY, A. (1965), Educazione nella nuova era. Editrice Nuova Era, Roma
- BEAR, M. F. e CONNORS, W. B. (2001), Neuroscience : Exploring the Brain – II edition, Lippincott Williams & Wilkins, New York
- BONDÌ, R. (2006) Blu come un’arancia. Gaia tra mito e scienza. Ed. UTET, Torino.
- CALDARONE, G.; BERLUTTI, G.; GIAMPIETRO, M.; SPADA, R. (2001) Attività fisica e sport in età evolutiva. Centro Documentazione Scientifica Menarini, Firenze.
- CAPRA, F. (1975), Il Tao della fisica. Adelphi Edizioni, Milano
- CARLSON, N. R. (2001), Physiology of behavior. VII edition, Allyn & Bacon, a Person Education Company, USA
- CARUSO, P. (1994), L’arte di arrampicare, un metodo per sviluppare la coscienza di sé. Edizioni Mediterranee, Roma
- DAUMAL, R. (1991), Il Monte Analogico. Adelphi Edizioni, Milano
- EDLINGER, P. (1990), Arrampicare. Editore Zanichelli, Bologna
- EPSTEIN, I., Adventure therapy: a mental health promotion strategy in pediatric oncology. J. Pediatr. Oncol. Nurs., 21:103-110, 2004.
- FEUERSTEIN, R., Feuerstein R.S., Falik L., Rand Y. (2008), Il Programma di Arricchimento Strumentale di Feuerstein. Edizioni Erikson, Trento
- FROMM, E., Psicoanalisi dell’amore. necrofilia e biofilia nell’uomo. Newton Compton (trad. it.), Roma, 1988.
- GALLAGHER, W., Rapt: Attention and the Focused Life. Penguin Press, London, 2009.
- GOLEMAN, D., (1995), Intelligenza Emotiva. Bur Editore, Milano
- LACROIX, M. (2000), Il culto delle emozioni. Edizioni Mediterranee, Roma
- LAO-TZU, (2007), La Naturalezza. Arnoldo Mondadori Editore, Milano
- LOUV R., Last Child in the Woods: Saving Our Children from Nature Deficit Disorder. Trad.it., Rizzoli. Milano, 2008.
- MAGNAGUAGNO, F.; MILETTO, R. (2009), Montagna Solidale: i versanti della Montagnaterapia. Atti Convegno Nazionale, Pomezia, ottobre 2009. I.T.O.P. Ed., Palestrina.
- MILETTO, R.; MAGNAGUAGNO, F., Scaliamo il disagio. Roma H news, suppl.1:4-5, 2009.
- MILETTO, R.; MAGNAGUAGNO, F.; CIPPARONE, F. (2009b), Sulla sindrome del Nature Deficit Disorder. I Care, 34,4: 110-113.

- MCARDLE, W.D. e KATCH, F. e V. (1996), Exercise physiology: Energy, Nutrition and human performance. Lippincott Williams & Wilkins, New York
- MORYA, M. (1923), Agni Yoga. Editrice Nuova Era, Roma
- MORYA, M. (1924), Foglie del giardino di Morya. Editrice Nuova Era, Roma
- PERROTTA F., Ipocinesia ed Educazione Motoria. PsicoLab-Laboratorio di ricerca e sviluppo in Psicologia, Firenze, 2006.
- PIJPERS, J. R. e collaboratori (2001), Anxiety-performance relationship in climbing: a process-oriented approach. Faculty of Human Movement Science, Vrije Universiteit, Amsterdam
- RANDER, J. (1989), Guida all'arrampicata libera in falesia. Ed. Zanichelli, Bologna
- READDICK, C.A.; SCHALLER G.R, Summer camp and self-esteem of school-age inner-city children. Percept. Mot. Skills, 101:121-130, 2005.
- SAGLIO, G.; ZOLA, C. (2008), In su e in sé. Priuli & Verlucca Editori, Torino
- SCHMIDT, R.A. e WRISBERG, C. A. (2000), Motor learning and performance. Human Kinetics, Champaign
- SCOPPOLA G., Dentro la Montagnaterapia: storia, radici, strumenti. 1° Corso sulla Montagnaterapia per operatori della Salute Mentale, APSS, Trento, 2006.
- SPINELLI, D. (2001), Psicologia dello sport e del movimento umano. Editore Zanichelli, Bologna
- THORWARLD, D., (1987), Il destino come scelta. Edizioni Mediterranee, Roma
- TIERNEY, J., Se la capacità di concentrarsi diventa scienza. New York Times, Trad.it., La Repubblica, 2009.
- TOMATIS, F., (2005), Filosofia della montagna. Bompiani Edizioni, Milano
- VARETTO, F. e G. (1998), Il Sole nel Cuore. edizioni Sinthesys, Torino
- WILSON, E.O., Biophilia. Cambridge, Harvard University Press, 1984.
- ZAK, H. e GSCHWENDTNER, P. (1993), Arrampicata Libera in sicurezza. Rother editore, Monaco

<http://www.federclimb.it> A-Abstract (2000-01). Cenni sull'arrampicata sportiva

<http://www.montagnaterapia.it> Definizione di Montagnaterapia

<http://www.naturaumana.it> Il progetto Natura Umana

RICERCA

LA VALUTAZIONE IN MONTAGNATERAPIA: RICERCA SULL'ESPERIENZA OTTIMALE NEL CONTESTO MONTANO

Fiorella Lanfranchi *

Antonella Frecchiami **

Antonella Delle Fave ***

* *Psicologa, psicoterapeuta A.O.Bolognini Seriate (Bg), Referente Montagnaterapia Macrozona 2 Lombardia, Commissione Medica Sezionale CAI Bergamo*

** *Psicologa, psicoterapeuta transculturale, Coop. Il Pugno Aperto Bergamo*

*** *Medico specialista in Psicologia Clinica, Docente Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano*

Nella vasta realtà di Servizi che hanno deciso di promuovere percorsi di montagnaterapia emerge una visione omogenea di tale attività, considerata positiva per i pazienti.

Questo può bastare?

Proporre attività riabilitative richiede di aderire ad alcune regole, tra cui dimostrare che ciò che si fa è efficace e giustifica l'uso di risorse.

A questo punto si pone il problema della valutazione: che cosa vogliamo valutare e con che strumenti ottenerlo. In psicologia ogni ricerca, ogni indagine fornisce uno sguardo preciso su un fenomeno e dipende fortemente dalle ipotesi formulate, dagli scopi perseguiti e dagli strumenti utilizzati. Questi ultimi sono a loro volta influenzati dalla teoria di riferimento del professionista che attua la ricerca.

Le domande che ci hanno inizialmente orientato sono state se la montagnaterapia contribuisca al cambiamento e al benessere di chi vi partecipa o se rischi di essere un puro intrattenimento, un modo piacevole per far passare il tempo ma che non determina progressi: volevamo indagare quale impatto ed efficacia avesse sui pazienti che partecipano alle attività comprese in questo approccio terapeutico.

Affrontare una simile domanda pone varie difficoltà e problemi, tra cui:

- isolare variabili circoscritte, all'interno di piani di trattamento e riabilitativi integrati, in quanto i pazienti non vengono "trattati" solo con montagnaterapia, ma seguono numerose altre terapie e usufruiscono di altre attività;
- definire i tempi minimi necessari al cambiamento e il periodo di valutazione, cioè indagare se ci sia un periodo adeguato per raggiungere l'efficacia dell'intervento;
- porre attenzione specifica su ciò che i pazienti stessi giudicano rispetto all'attività proposta e non tanto su quanto gli operatori inferiscono;
- trovare strumenti specifici, non eccessivamente lunghi, adatti anche a soggetti con psicopatologia grave, in quanto vi possono essere limiti legati allo stato morboso, l'autovalutazione è difficile o deformata in alcuni quadri psicopatologici o fasi di malattia.

Si è cercato pertanto uno strumento che tenesse conto del vissuto soggettivo dei pazienti, di criteri di "oggettività e attendibilità" dei dati rilevati (strumento standardizzato), delle

possibilità di osservazione degli operatori, delle richieste della comunità scientifica e degli organi preposti alle scelte programmatiche. Si è tentato di superare un approccio puramente psicometrico, di per sé riduttivo e che offre una visione parziale secondo un modello fiscalista, orientandosi verso un approccio clinico basato su una visione globale della persona, che non ignori la sua storia e soggettività.

Abbiamo individuato questi requisiti nel “Flow Questionnaire” (FLOW-Q), messo a punto da M. Csikszentmihalyi (Università di Chicago – Dipartimento di scienze del comportamento) e tradotto ed ampliato nella versione qui impiegata da A. Delle Fave e F. Massimini (Università degli Studi di Milano – Dipartimento di Scienze Cliniche “Luigi Sacco”). Abbiamo scelto questo strumento perché è un test validato e permette di conciliare aspetti oggettivi e soggettivi, senza perdere il significato essenziale e personale dell’esperienza. Lo strumento fa riferimento alla teoria del flusso di coscienza, che può essere contestualizzata nell’ambito della psicologia della salute, in quanto centrata sullo sviluppo e potenziamento delle risorse individuali. FQ indaga il vissuto delle persone nel loro ambiente e analizza i sistemi motivazionali che sottostanno al comportamento umano. E’ uno strumento versatile, che è stato utilizzato in ricerche transculturali, condotte in paesi Occidentali e in culture non Occidentali, con partecipanti sia adulti che adolescenti, con soggetti disabili e pazienti psichiatrici (Csikszentmihalyi & Csikszentmihalyi, 1988; Massimini & Delle Fave, 2000).

Ma cos’è l’esperienza di Flow? E’ uno stato psicologico “ottimale”, chiamato FLOW in quanto caratterizzato dalla percezione del fluire armonico e senza sforzo della concentrazione durante lo svolgimento di un’attività. Implica un complesso equilibrio dinamico tra le varie componenti del sistema psichico: cognitive, motivazionali ed emotive.

Le caratteristiche fondamentali dell’esperienza ottimale sono le seguenti:

1. grande investimento di attenzione e concentrazione sulla situazione in atto;
2. sensazione di benessere e di soddisfazione personale;
3. percezione nell’attività di sfide e opportunità d’azione elevate (challenge), cui corrispondono capacità personali adeguate (skill).
4. totale immersione nell’attività in corso;
5. percezione di controllo delle proprie azioni e dell’ambiente;
6. scomparsa dell’auto-osservazione e della preoccupazione per il proprio comportamento;
7. motivazione intrinseca: la gratificazione deriva dall’esperienza stessa, e non dai risultati ottenuti nello svolgimento dell’attività,
8. percezione di chiari riscontri rispetto al proprio agire.

Possiamo definire l’esperienza di flow come “attrattore” dell’evoluzione individuale, in quanto le attività che permettono di esperire tale stato tenderanno ad essere ripetute, con la progressiva ricerca di sfide sempre più elevate, e lo sviluppo corrispondente di capacità sempre maggiori, in circolo virtuoso che promuove la complessità e lo *sviluppo del sé*.

L’esperienza di flow si inserisce in quello che viene definito approccio eudaimonico (da *eudaímon*, "spirito buono, benefico") al benessere psicologico, che si ricollega al concetto aristotelico di eudaimonia, intesa come ciò che è utile all’individuo, nel senso che ne

arricchisce la personalità, consentendo il suo sviluppo e la realizzazione delle potenzialità e dell'autentica natura umana; quindi tiene conto non solo della soddisfazione individuale, ma anche di un percorso di sviluppo verso l'integrazione con il mondo circostante. L'approccio eudaimonico si contrappone all'approccio edonico (da *edoné*, “piacere”) che comprende studi volti prevalentemente ad enfatizzare la rilevanza del perseguimento del piacere, inteso come benessere personale e strettamente legato a sensazioni ed emozioni positive (Ryan & Deci, 2000).

Alla luce di quanto detto sopra possiamo definire il flow come processo dinamico che favorisce il benessere eudaimonico in termini di crescita personale, costruzione di significati, perseguimento di obiettivi, realizzazione del benessere individuale nell'ambito dello spazio sociale.

All'interno della prospettiva eudaimonica molti studi si sono concentrati sul ruolo attivo dell'individuo nel selezionare le informazioni disponibili nell'ambiente e nel promuoverne alcune. Numerose ricerche a livello transculturale hanno mostrato come la qualità dell'esperienza che l'individuo associa alle informazioni culturali che costituiscono il suo ambiente quotidiano sia il criterio di base che guida questo processo di *selezione psicologica*. L'esperienza ottimale gioca un ruolo chiave in questo processo, orientando lo sviluppo dell'individuo e promuovendone il ruolo attivo nella trasmissione selettiva di informazioni ed attività disponibili nel contesto sociale, e nel potenziale cambiamento culturale (Delle Fave, Massimini & Bassi, 2011).

Numerose ricerche condotte in Italia e in India tra alpinisti d'alta quota hanno posto l'attenzione sull'alpinismo come attività di flow (Delle Fave, Bassi & Massimini, 2003). L'alpinismo rientra tra le attività di “gioco profondo” (o “deep play” - compito di natura non utilitaristica in cui la posta in gioco rappresenta il veicolo per la realizzazione degli interessi personali e culturali profondi dei partecipanti - Csikszentmihalyi, 1975). E' un'attività diretta a uno scopo, in cui il rischio non è fine a se stesso, ma un mezzo per raggiungere obiettivi più appaganti e soddisfacenti. Riveste un carattere autotelico (da *autós* “sé” e *telos* “fine” = attività che trova in se stessa lo scopo precipuo del suo realizzarsi) perchè svolta indipendentemente dalle ricompense esterne e associata ad una motivazione legata alla positività dello stato esperienziale.

LA RICERCA MULTICENTRICA

La ricerca è stata effettuata in collaborazione con la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano. Vi hanno partecipato sette Servizi psichiatrici italiani, che organizzano attività di trekking in gruppo: Centro Salute Mentale dell'ASL Sanluri (CA), Unità Operativa Psichiatrica n.13 dell'Azienda Ospedaliera Bolognini di Seriate (BG), Centro Salute Mentale dell'Az.Prov. Servizi Sanitari di Arco (TN), Centro Psico Sociale dell'A. O. S. Anna di Como, Fondazione “E. Bosis” di Bergamo, Day-care degli Ospedali Riuniti di Bergamo, Comunità Terapeutica Monte Santo dell'ASL Roma/E. Il campione è costituito da 54 pazienti con diagnosi di schizofrenia, inseriti in programmi di “montagnaterapia”.

La maggior parte dei partecipanti è di sesso maschile, di età inferiore ai 40 anni e abita con la famiglia d'origine; il 20% di questo gruppo frequenta il centro diurno di riferimento.

Una minoranza - il 26% del campione - vive in centri residenziali. Poco più della metà dei partecipanti è disoccupato, il resto lavora o usufruisce di una borsa lavoro; il livello di istruzione prevalente tra i partecipanti è la licenza media inferiore, seguita da diploma di scuola media superiore.

La montagna come opportunità di flow

Il FQ si apre con tre citazioni che descrivono l'esperienza di flow; ciascun partecipante era invitato ad indicare se avesse mai provato esperienze simili, e in caso di risposta affermativa ad elencare le attività o situazioni associate (definite *attività ottimali*). Qualora le attività elencate fossero più di una, si invitavano i partecipanti a selezionare fra di esse quella in cui l'esperienza ottimale fosse più pervasiva e intensa. Tra le attività che i partecipanti hanno associato in generale all'esperienza di flow predominano quelle di tempo libero strutturato, quali sport e hobbies. In questa categoria, il 68% delle risposte riguarda la montagna e le attività ad essa correlate. Considerando le attività selezionate in relazione alle esperienze ottimali più intense, questo dato aumenta: il 76% dei partecipanti ha selezionato sport e hobbies, e tra questi l'80% ha citato la montagna.

Già questo primo dato è rilevante, in quanto permette di identificare la montagnaterapia quale opportunità di “esperienza ottimale”, secondo quanto precedentemente indicato, per la maggior parte dei soggetti partecipanti (80%).

Sono stati confrontati poi i sottogruppi “residenziali” (cioè persone residenti in comunità o CRA) e “non residenziali” (cioè persone residenti in famiglia o da sole), per comprendere se vi fossero differenze nell'indicazione della “montagna” come esperienza ottimale. Dal confronto emerge che il 70% dei soggetti residenti in famiglia avevano citato la montagna come opportunità di esperienza di flow, contro il 36% dei soggetti residenti in comunità.

Una ulteriore verifica dell'efficacia della montagnaterapia come opportunità di esperienza ottimale proviene dalla descrizione delle caratteristiche di insorgenza e mantenimento di tale esperienza durante le attività ad essa preferenzialmente associate. Sono emersi due gruppi di partecipanti: coloro che avevano selezionato le uscite in montagna come occasioni di esperienze ottimali particolarmente pervasive ed intense, e coloro che avevano indicato altre attività. Per i soggetti che hanno scelto la montagna la sensazione viene percepita sia nella fase di preparazione e durante l'attività, sia alla fine, mentre chi ha scelto altre attività fa corrispondere l'inizio del flow con l'inizio dell'attività.

In particolare, i partecipanti che avevano selezionato la montagna hanno citato nel 22% addirittura la fase di preparazione come momento di insorgenza dell'esperienza ottimale. Per contro, e solo apparentemente in contraddizione con il dato precedente, la fine dell'attività ed i risultati ottenuti sono stati indicati in riferimento alla montagna per il 27% delle risposte. Peraltro, considerando l'impegno fisico e psicologico che questo tipo di attività richiede, non deve meravigliare questa differenziazione nelle risposte, che è almeno parzialmente da ricondursi alle condizioni fisiche e psichiche di partenza di ciascun individuo, con una conseguente diversa percezione delle difficoltà e sfide implicate nell'attività. Per quanto la scelta degli itinerari preveda un adattamento rispetto alle possibilità e allenamento dei partecipanti, una certa quota di fatica e sforzo fisico è inevitabile nelle attività alpinistiche. Inoltre, alcuni trattamenti psicofarmacologici possono fungere da freno sul piano fisico, inducendo una maggiore stanchezza nell'esecuzione

dell'attività. Infine, al termine dell'attività e della “fatica”, arrivate alla meta, le persone possono godere maggiormente dell'ambiente naturale e gruppale.

I dati inoltre hanno evidenziato che per entrambi i gruppi ciò che permette il mantenimento dell'esperienza ottimale, una volta che si è instaurata, è principalmente l'ambiente, inteso sia come ambiente naturale sia come spazio relazionale. Tra gli altri aspetti sono emersi l'impegno e la percezione di challenge, lo stato psicofisico e quello esperienziale, l'attività in sé.

L'ambiente circostante e l'insorgenza spontanea sono stati indicati come principali facilitatori dell'esperienza ottimale da entrambi i gruppi di partecipanti. Coloro che avevano selezionato la montagna come attività ottimale preferenziale hanno citato con elevata frequenza anche lo stato emotivo positivo associato all'attività. A questo proposito è stato chiesto espressamente ai partecipanti in una quarta domanda di descrivere “come ci si sente” durante l'esperienza ottimale. I partecipanti che avevano selezionato le uscite in montagna hanno riferito in prevalenza uno stato emozionale positivo.

Altri risultati del FQ

Ai partecipanti è stato inoltre chiesto quali fossero le cose che provavano più piacere a fare, i loro desideri e gli ostacoli alla loro realizzazione. Tra le attività preferite e i desideri espressi è prevalsa la categoria “sport e hobby”, che tra gli sport comprendeva camminare e fare trekking a contatto con la natura, correre, andare in bici e pescare, mentre tra gli hobbies annoverava disegnare, suonare, scrivere, svolgere attività creative.

Tra i desideri è stato citato anche il lavoro, prevalentemente in relazione alla sua funzione di inserimento sociale. Altre risposte riguardavano la sfera psicologica: non avere pensieri negativi, essere più tranquilli, essere autonomi, indipendenti, realizzarsi a livello personale, estraniarsi dalla vita consueta ed avere una vita meno monotona.

I partecipanti hanno considerato le proprie condizioni di salute come principale ostacolo alla realizzazione dei propri desideri, facendo riferimento in particolare alla sintomatologia psichiatrica, alle scarse energie e all'assunzione di farmaci. In percentuale analoga hanno menzionato componenti psicologiche quali mancanza di capacità, poca fiducia nella proprie risorse personali, ansia, timidezza, difficoltà di adattamento ed impossibilità di gestire in modo indipendente la propria vita. Limitazioni economiche, vincoli lavorativi e di studio seguivano, ma in percentuali decisamente inferiori.

L'analisi delle descrizioni libere dell'esperienza di montagnaterapia riportate dai partecipanti ha confermato quanto emerso dalle risposte al FQ.

Conclusioni

In sintesi, possiamo affermare sulla base dello studio effettuato che le attività di Montagnaterapia rappresentano un'importante opportunità di esperienze ottimali per i soggetti partecipanti.

Esse permettono di esperire uno stato di flow di lunga durata, che coinvolge i soggetti dalla fase di progettazione/preparazione fino al termine e in momenti successivi.

Sia i dati quantitativi che qualitativi concordano nell'indicare lo stato esperienziale provato e l'ambiente circostante quali elementi che più caratterizzano e rendono significativa l'attività in montagna. Spiccano in particolare le sensazioni di benessere e

l'allontanamento dei pensieri negativi, l'ambiente naturale e il gruppo vissuto come rassicurante e di sostegno.

Pertanto si può evincere che le attività di montagnaterapia possono svolgere un ruolo importante all'interno dei programmi riabilitativi; appare dunque opportuno promuoverle per realizzare uno sviluppo individuale e di gruppo.

In particolare, anziché eliminare il rischio alpinistico riducendo le opportunità d'azione, è consigliabile formulare interventi di costruzione delle abilità rispetto a sfide crescenti in modo da preservare l'esperienza alpinistica e insieme fornire occasioni di esperienza ottimale.

Per il risultati completi della ricerca, si rimanda all'articolo che sarà pubblicato su “Psichiatria di Comunità” – Rivista ufficiale della Società Italiana di Psichiatria, n° 2, 2011 – Centro Scientifico Editore

Bibliografia

- BASSI, M.; DELLE FAVE A. (2004) Alpinismo d'alta quota: studio sulla qualità dell'esperienza in condizioni ambientali estreme. In M. Muzio (a cura di), Sport: flow e prestazione eccellente. Dai modelli teorici all'applicazione sul campo (pp. 56-63). Ed. F. Angeli, Milano.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1975/2000). Beyond Boredom and Anxiety. Jossey Bass: San Francisco.
- CSIKSZENTMIHALYI, M.; Beattie O. (1979) Life Themes: a theoretical and empirical exploration of their origins and effects. *Journal of Humanistic Psychology*, 19, 677-693.
- CSIKSZENTMIHALYI, M.; CSIKSZENTMIHALYI I. (1988) (Eds.) Optimal Experience. Psychological studies of Flow in Consciousness. New York: Cambridge University Press.
- CSIKSZENTMIHALYI, M.; LARSON R.W. (1987) Validity and reliability of the Experience Sampling Method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 526-536.
- CSIKSZENTMIHALYI, M.; MASSIMINI, F. (1985) On the psychological selection of bio-cultural information. *New Ideas in Psychology*, 3, 115-138.
- DEL CORNO, F.; LANG, M. (1993) La diagnosi testologica: test neuropsicologici, test d'intelligenza, test di personalità, testing computerizzato. Franco Angeli, Milano.
- DELLE FAVE, A. (2005) Le dimensioni psicologiche e culturali della salute: esperienza ottimale e riabilitazione. In *Psicologia della salute*, 3, 2005. Ed. Franco Angeli, Milano.
- DELLE FAVE, A. (a cura di) (2007) La condivisione del benessere. Il contributo della psicologia positiva. Ed. Franco Angeli, Milano.
- DELLE FAVE, A.; BASSI, M. (1998) Esperienza di flow e sviluppo della complessità nel comportamento umano. *Informazione in Psicologia, Psicoterapia, Psichiatria*, 32/33, 32-47.
- DELLE FAVE, A.; MASSIMINI, F. (1990). Esperienza ottimale e riabilitazione psichiatrica. *Psicoterapie e scienze umane* 2, 53-71.
- DELLE FAVE, A.; MASSIMINI, F. (2000). Subjective experience and the building of parental roles in a bio-cultural perspective. In A.L. Comunian, U.P. Gielen (Eds.) *International perspectives on human development*, 159-175. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- DELLE FAVE, A.; MASSIMINI, F. (2003) Making disability into a resource: the role of optimal experience. *The Psychologist*, 16, 9-10.

- DELLE FAVE, A.; BASSI, M.; MASSIMINI, F. (2003). Quality for Experience and Risk Perception in High-Altitude Rock Climbing. *Journal of Applied Sport Psychology* 15, 82-98.
- DELLE FAVE, A.; MASSIMINI, F. (2004). Bringing subjectivity into focus: optimal experiences, life themes and person-centred rehabilitation. In P.A. Linley & S. Joseph (Eds.). *Positive Psychology in Practice*, 581-597. Wiley & Sons, London.
- DELLE FAVE, A.; MASSIMINI, F. (2005). The investigation of optimal experience and apathy: Developmental and psychosocial implications. *European Psychologist*, 10, 264-274.
- DELLE FAVE, A.; MASSIMINI, F. (2005). The relevance of subjective wellbeing to social policies: optimal experience and tailored intervention. In F. Huppert (Ed), *The Science of Wellbeing*. Oxford: Oxford University Press.
- DELLE FAVE, A.; BASSI, M.; MASSIMINI, F. (2011). Psychological selection and optimal experience across cultures. *Social empowerment through personal growth*. Springer: Dordrecht, The Netherlands.
- FASSINO, S.; DAGA, G.A. Il modello biopsicosociale in psichiatria, *Psichiatria di comunità*, 2005, IV: 10-16.
- MOST PH. (1993) *Psicologia dello sport*. Masson Italia Editori, Milano
- SARACENO, B. (2005) Nuovi paradigmi per la salute mentale, *Psichiatria di comunità*, IV: 1-4.
- SPIVAK, M.; OMER H. (1992) Un modello interpersonale per capire e neutralizzare i processi cronici nei pazienti psichiatrici. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXVI, pp. 179-202.

LA MONTAGNA E IL SUO POTENZIALE RIABILITATIVO

Irene Gentili *

** Terapista della riabilitazione psichiatrica*

Il 25 novembre 2009 mi sono laureata in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica con una tesi dal titolo: “Sentieri di Salute: una ricerca sulla montagna e il suo potenziale riabilitativo”: il mio elaborato mira infatti ad indagare riguardo una tecnica riabilitativa finora poco conosciuta, seppur largamente sfruttata in tutto il territorio italiano ovvero la montagna terapia.

La montagna terapia, secondo la definizione di Giulio Scoppola e collaboratori, è un approccio metodologico a carattere terapeutico e riabilitativo progettato per svolgersi, attraverso dinamiche di gruppo, nell’ambiente della montagna: la montagna è mediatore tra paziente e terapeuta. Essa si svolge per piccoli gruppi che mirano a favorire un incremento della salute e del benessere, con conseguente miglioramento della qualità della vita del paziente. Ciò avviene mediante lo sfruttamento di tecniche e discipline proprie della montagna (trekking, arrampicata, sport invernali, speleologia ecc.) e quindi non solo tramite la semplice escursione.

I gruppi di Montagna terapia si svolgono in collaborazione tra Servizio Sanitario Nazionale ed enti specifici legati alla montagna come il Club Alpino Italiano, dato che la montagna è un ambiente insidioso che può divenire molto pericoloso per gli inesperti. La montagna è inoltre un setting strategico, perché sfrutta un ambiente non legato ai servizi, con conseguente apertura verso l’esterno. Si verifica inoltre un parziale abbattimento delle gerarchie tra paziente e operatori, perché anche gli stessi operatori provano fatica o sono costretti a fare i conti con l’imprevedibilità dell’ambiente montano. Inoltre il coinvolgimento di figure esterne ai servizi psichiatrici, quali guide alpine, esperti e volontari, facilita la lotta contro lo stigma nei confronti della malattia mentale.

Tra le potenzialità dello “strumento montagna” vi sono il miglioramento della percezione corporea: il paziente infatti, grazie alla fatica provata durante l’escursione, ricomincia ad avere consapevolezza di sé e del proprio corpo. Altro aspetto su cui la montagna terapia agisce è la cura del sé, perché il paziente deve essere in grado di gestire da solo il proprio materiale per l’uscita. Divengono quindi indispensabili gli incontri preparatori tra paziente, operatori ed esperti della montagna in cui viene spiegato il corretto uso del materiale. Grazie alla montagna terapia si assiste anche al miglioramento delle capacità relazionali, dovuto al fatto che in montagna si sta molto a contatto gli uni con gli altri e ci si aiuta a vicenda nell’ottica dell’ “Alpinismo Orizzontale”. Altro ambito su cui agisce tale tecnica riabilitativa è l’aumento dell’autostima e dell’autoefficacia del paziente, che svolge delle vere e proprie imprese, date le sue capacità spesso scarse e il suo allenamento scadente. La montagna terapia in Italia presenta però un grande limite: la mancanza di codificazioni tecniche e metodologiche, fa sì che le modalità di svolgimento, le tecniche utilizzate durante le uscite e gli strumenti di verifica utilizzati per monitorare i risultati siano diversi da un gruppo all’altro. Per questo motivo ho voluto creare, per il mio elaborato, un questionario di raccolta dati che ho inoltrato ai responsabili dei progetti per scoprire quali sono i punti di contatto e di divergenza tra i vari gruppi. Il questionario è composto da 17 domande (12 aperte e 5 chiuse) suddivise in 4 parti: notizie introduttive,

metodologie, verifiche dei risultati e risultati. Lo scopo della ricerca è quello di valutare se vi sono abbastanza punti in comune per abbozzare una sorta di codificazione di tecniche e metodologie tipiche della montagna terapia.

I dati relativi alla tipologia di struttura fanno emergere come nella maggior parte dei casi i gruppi di montagna terapia sono riconducibili a strutture più ampie rispetto ai centri diurni e alle comunità (36%) e ciò riporta alla finalità di concentrarsi sempre di più sull'esterno e far sì che i pazienti creino relazioni il più possibile varie e lontane dalla quotidianità dei servizi. Per quanto riguarda la capillarità emerge che la maggior parte dei gruppi si trovano in Lombardia e in Lazio (58%) in virtù del fatto che la Lombardia è una regione che favorisce la pratica dell'escursionismo mentre in Lazio è stato creato il coordinamento per la montagna terapia nel Lazio. Inoltre queste due regioni sono quelle in cui sono stati avviati i primi progetti di montagna terapia in Italia.

Per quanto riguarda le diagnosi dei pazienti inseriti nei gruppi di montagna terapia, si nota come la schizofrenia risulti una sorta di diagnosi privilegiata per l'inserimento dei pazienti nel gruppo. Ciò si può correlare a due fattori: lo schizofrenico non ha una completa coscienza del proprio corpo e non è raro che in questa patologia si presentino episodi di depersonalizzazione somatopsichica. Camminare in montagna fa sì che la fatica venga avvertita fisicamente, liberando il paziente da quella sensazione di estraneità tipica della depersonalizzazione. Altro aspetto è quello legato alle scarse capacità relazionali dello schizofrenico, accompagnate da avolizione e mancanza di progettualità. La montagna terapia però “costringe” il paziente ad interagire con gli altri, a pianificare il programma dell'uscita e a fare progetti per le attività future, contrastando così il suo isolamento. Un'altra diagnosi diffusa è quella dei disturbi di personalità, caratterizzati dalla difficoltà relazionale e da qualche problema nel rispettare le regole di convivenza. L'ambiente montano può aiutare a diventare consapevoli che il rispetto delle norme è fondamentale per la sopravvivenza stessa. Il paziente inoltre impara a vedere gli altri come fonte di aiuto e non come un ostacolo alla propria affermazione personale. Vi sono inoltre pochi pazienti con diagnosi di disturbi dell'umore e di ansia.

Lo scambio formativo tra guide alpine e operatori dei servizi di salute mentale è fondamentale in quanto i primi imparano a relazionarsi al paziente in maniera adeguata mentre i secondi apprendono i fondamenti tecnici che sono alla base di un'escursione. La collaborazione con enti esterni è una tutela in più rispetto al servirsi di guide singole, soprattutto dal punto di vista assicurativo e legale in caso di incidente.

Il personale che segue i pazienti nel gruppo di montagna terapia è per la maggior parte “non medico” (infermieri, educatori, terapisti, psicologi ecc.).

Tra le tecniche più conosciute e più utilizzate c'è l'escursionismo semplice o trekking della durata di un giorno (27%). Questa modalità è la più facile da mettere in pratica perché rispetto ad altre tecniche quali l'arrampicata o le attività sulla neve, richiede meno attrezzature e preparazione atletica. Tuttavia non bisogna pensare che sia una tecnica semplice in quanto necessita ugualmente di una preparazione quantomeno teorica, sul materiale da portare, sulla topografia e sulla scelta dell'itinerario. Una variante dell'escursionismo, è il trekking di più giorni che prevede anche il pernottamento in rifugio o in una struttura analoga (20%). Ciò permette al gruppo di unirsi maggiormente, perché i momenti di aggregazione aumentano: i pazienti stessi si troveranno a dover condividere con gli altri momenti che appartengono alla loro vita più privata ed intima, come il sonno, la cena e le operazioni di pulizia personale. Un'altra modalità molto

utilizzata all'interno del gruppo di montagna terapia è l'attività sulla neve, che non necessariamente coincide solo con gli sport invernali come sci, snowboard ecc. (20%). Questa tecnica serve principalmente per aiutare i pazienti a modificare i propri punti di vista e i modelli di riferimento³⁵, aspetti su cui spesso i malati si fossilizzano: sepolti da una coltre di neve, i sentieri, che nelle altre stagioni servono agli escursionisti per giungere alla meta senza perdersi, non esistono più e bisogna trovare altri modi per poter arrivare indenni, magari servendosi di strumenti come bussole e cartine. Tra le tecniche di cui ci si può servire c'è anche l'arrampicata (15%), attività in cui ci si mette in gioco dal punto di vista fisico, in quanto bisogna utilizzare tutte le capacità del proprio corpo, motorio, ossia è necessario eseguire tutte le sequenze motorie per riuscire a salire, e psicologico, perché concentrazione e superamento delle proprie paure sono indispensabili per la buona riuscita dell'impresa. Questa modalità è importante perché aiuta il paziente a concentrarsi maggiormente sul proprio corpo e su ciò che lo circonda e a sfruttare al meglio le proprie capacità sia fisiche (potenza, agilità, resistenza) sia psicologiche, come il superamento di molte paure che spesso risultano bloccanti nella vita quotidiana. Altra attività praticabile, ma meno diffusa delle altre, in quanto molto particolare e per certi versi rischiosa, è la speleologia, ovvero l'escursione in grotta (8%). Per i pazienti psichiatrici affrontare un ambiente angusto e senza sbocchi come una grotta, può essere altamente destabilizzante, perché si trovano di fronte a una delle loro più grandi paure, ossia quella di rimanere intrappolati, chiusi dentro, senza una via d'uscita. L'operatore deve essere quindi particolarmente abile sia nello scegliere i pazienti adatti a tale attività sia nell'aiutare maggiormente coloro che presentano più difficoltà. Questa tecnica risulta pertanto sconsigliata a pazienti che soffrono di attacchi di panico, in quanto potrebbero diventare difficili da gestire e provocare reazioni a catena anche negli altri utenti o a coloro che soffrono di fobie legate agli spazi chiusi o al buio. Vi sono inoltre gruppi che hanno individuato altre tecniche che possono essere utilizzate all'interno del gruppo di montagna terapia: una fra tutti la manutenzione di rifugi e sentieri (4%) da parte degli stessi pazienti, retribuiti con borse lavoro da parte dello stesso C.A.I., progetto che unisce alla perfezione gli effetti positivi dell'ambiente montano e dell'inserimento lavorativo. Un'altra tecnica, utilizzata dalla Cooperativa Libbra di Marostica (Vi), è quella denominata “sentieri di memoria”, dove un paziente a turno si improvvisa guida e conduce gli altri sui sentieri conosciuti durante la propria infanzia, illustrando le caratteristiche del luogo servendosi dei suoi ricordi. Questa particolare tecnica agisce sulla fase rievocativa, cercando di contrastare quei disturbi della memoria che spesso sono tipici di alcune malattie psichiche, come l'amnesia dissociativa in cui il paziente non è in grado di ricordare alcuni avvenimenti della propria storia o le allomnesie (illusioni della memoria), ovvero ricordi incompleti, falsati dalla tematica affettiva o da particolari contenuti di pensiero. Ciò risulta positivo, in quanto il paziente evoca sensazioni passate e piacevoli, lasciando ai suoi compagni la possibilità di immedesimarsi in quanto detto e di portare a loro volta ricordi simili.

Il 75% dei gruppi intervistati pianifica l'escursione insieme ai pazienti e l'86% svolge incontri di preparazione all'attività in montagna: ciò fa sentire i pazienti partecipi del proprio percorso all'interno del gruppo. Gli incontri preparatori sono fondamentali per affrontare l'uscita in quanto i pazienti vi arrivano più preparati fisicamente e psicologicamente. Gli incontri post uscita vengono svolti dal 67% dei gruppi sottoposti al questionario. Il gruppo di montagna terapia si articola quindi su tre piani (preparazione,

uscita e verifica) e si svolge a cadenza settimanale con giorni e orari fissi per evitare confusione.

Ogni gruppo è libero di svolgere le proprie valutazioni con la frequenza che ritiene più idonea, purché questa riesca a monitorare l'andamento del singolo paziente. Sarebbe tuttavia utile decidere, stilando un apposito protocollo che codifichi le regole fondamentali della valutazione nell'ambito della montagna terapia, ogni quanto verificare i risultati raggiunti grazie a tale gruppo. Secondo la ricerca eseguita, molti gruppi intervistati si servono di questionari individuali per monitorare l'andamento dei pazienti (27%). L'uso di questionari autosomministrati è particolarmente indicato per valutare l'evoluzione del singolo utente in maniera veloce ed efficace, basandosi sul suo punto di vista, ma può risultare ostico per quei pazienti che hanno particolari difficoltà cognitive e che necessitano pertanto di un aiuto da parte dell'operatore. Altra modalità piuttosto usata è l'osservazione del singolo paziente (23%) da parte dell'operatore: tale attività deve essere però strutturata e il materiale raccolto va organizzato, per poterlo utilizzare ai fini valutativi. Per monitorare e conservare le osservazioni svolte, molti gruppi hanno creato delle schede dell'uscita in cui vengono registrate non solo le notizie logistiche dell'attività (durata, dislivello, tecniche utilizzate ecc.) ma anche il comportamento dei pazienti, le dinamiche di gruppo e tutto ciò che risulta rilevante per poter verificare l'efficacia di tale percorso riabilitativo. Anche le scale di valutazione codificate e standardizzate sono utilizzate (14%): queste hanno il vantaggio di poter effettuare paragoni sia tra pazienti diversi che per lo stesso paziente, valutandolo durante tutta la durata del gruppo. Il limite che presentano è però legato al fatto che, rispondendo a domande prestabilite e limitate, il paziente non può esprimere interamente le proprie sensazioni legate al gruppo, impedendo così all'operatore di cogliere ogni aspetto utile ai fini riabilitativi. Alcuni gruppi osservano la frequenza e la partecipazione alle uscite dei singoli pazienti per capire il loro grado di coinvolgimento e vedere così se il gruppo sta raggiungendo i risultati sperati e sta rispondendo alle iniziali aspettative degli utenti (8%). Il coinvolgimento personale del paziente è un elemento fondamentale all'interno di qualsiasi gruppo riabilitativo, perché un utente motivato è più propenso a partecipare e collaborare con gli altri, sfruttando al massimo le potenzialità riabilitative del gruppo di cui fa parte. Vi sono poi strutture che hanno risposto di non utilizzare nessuno strumento valutativo specifico all'interno del gruppo di montagna terapia (8%): evidentemente tali strutture non svolgono valutazioni specifiche per ogni intervento riabilitativo, ma valutano il singolo paziente nella sua globalità. Questo aspetto impedisce però di cogliere quali miglioramenti nella vita dell'utente sono legati al gruppo di montagna terapia e ciò rappresenta un limite per arrivare alla codificazione scientifica dei vari aspetti di tale tecnica.

I risultati relativi alle aree di miglioramento confermano quanto detto prima riguardo le potenzialità riabilitative dello strumento, in particolare per quanto riguarda il miglioramento delle relazioni sociali, l'aumento dell'autostima, i miglioramenti fisici, miglioramento dell'autonomia personale, miglior gestione della fatica e dell'ansia e diminuzione dei pensieri negativi.

Per quanto concerne le aree di peggioramento, secondo il 56% delle strutture intervistate non vi sono stati peggioramenti dovuti interamente alla montagna terapia. È piuttosto frequente che, data la difficoltà fisica e psicologica di tale tecnica riabilitativa, alcuni utenti non reggano l'impatto e decidano di smettere di frequentare il gruppo. Nella montagna terapia passione e motivazione sono due prerequisiti fondamentali. A volte può capitare

che il paziente valuti in maniera erronea le proprie capacità in positivo o in negativo, in quanto il paziente può sopravvalutare le proprie forze, mettendo a rischio la propria sicurezza o quella altrui, oppure che non si senta all'altezza e si blocchi. L'operatore deve quindi evitare che ciò si verifichi, facendo sì che il paziente scopra i suoi limiti e le proprie potenzialità.

Come abbiamo visto, la montagna rappresenta un ottimo strumento utilizzabile nell'ambito della riabilitazione psichiatrica, a patto che chi lo utilizza sia disposto a mettere da parte quei pregiudizi e quello scetticismo che spesso accompagnano le novità.

Concludo citando i versi conclusivi dell'Inferno di Dante Alighieri, che, a mio parere, rappresentano in modo metaforico il raggiungimento della meta in montagna e qualsiasi miglioramento del paziente psichiatrico: superato il difficile “inferno” della fatica in montagna e della fase acuta della malattia mentale, si arriva alla cima o alla fine del percorso riabilitativo, con gli occhi puntati verso il cielo e verso il futuro, con la speranza che, finalmente, qualcosa possa davvero cambiare.

*“Lo duca e io per quel cammino ascoso
Intrammo a ritornar nel chiaro mondo;
e senza cura aver d'alcun riposo
salimmo su, el primo e io secondo,
tanto ch'i vidi delle cose belle
che porta 'l ciel, per un pertugio tondo;
e quindi uscimmo a riveder le stelle.”*

Inferno, canto XXXIII vv.133-139

Bibliografia

ALIGHIERI, D. (1996) *La divina commedia-Inferno*” Canto XXXIII vv. 133-139. Letture e commento di V. Sermonetti. Edizioni Scolastiche Bruno Mondadori, Varese

SCOPPOLA, G. & COLL. Definizione di MONTAGNATERAPIA. Dal sito www.sopraimille.it, 2\2007

TRE DIVERSE VALUTAZIONI DEL BENESSERE PSICOFISICO CONSEQUENTI ALLA PRATICA SPORTIVA IN PSICHIATRIA

di Nicola Bianchi, Isabella Cardani, Veronica Dall’Occhio, Antonio Mastroeni, Andrea Pini, Cesare Posca, Alberto Tettamanti, Vito Tummino *

* *Dipartimento di Salute Mentale Az. Osp. S. Anna – Como, U.O. Psicologia Az. Osp. S. Anna Como, Progetto “Peer Supporter” Como*

Scopo

Valutare i benefici della pratica sportiva in psichiatria, sia a livello fisico che a livello psicologico e mentale

Campione della ricerca

I soci della «Global Sport Lario», associazione sportiva dilettantistica di utenti, operatori del Dipartimento di Salute Mentale dell’Az. Osp. S. Anna di Como e volontari; ipotesi di sviluppo dell’intervento

Primo Metodo: questionario qualitativo composto da 8 semplici domande a risposta chiusa (rielaborazione di un questionario utilizzato dal Dr. Mauro Ferrari : Direttore U.O. Medicina dello Sport ASL 3 Genovese)

Campione: 37 utenti soci dell’Associazione Sportiva GSL

Risultati:

Da un’analisi delle risposte al questionario emergono alcuni fatti significativi:

- La quasi totalità degli intervistati (95%) ha praticato sport prima di associarsi alla GSL;
- La maggior parte (44%) ha smesso per ragioni di salute (proprio quando ha iniziato ad avere problemi psichici). Ma altre ragioni sono sottolineate: i costi, problemi logistici, problemi di studio, il sopraggiungere di altri interessi, il ritenere lo sport inadeguato all’età, il passare della voglia, la fine della scuola (in cui si faceva sport);
- Per il 67% degli intervistati lo sport è molto importante o indispensabile;
- Questa importanza è dovuta al fatto che lo sport per un 42% ha aiutato “molto” o “in maniera decisiva” ad avere una migliore relazione con gli altri, per un 39% ha aiutato ad avere una migliore qualità della vita e per un 23% ha aiutato ad avere una miglior fiducia in se stessi;
- La pratica dello sport ha contribuito a un miglioramento dello stile di vita per quanto riguarda soprattutto una diminuzione della sedentarietà (56%) e, a seguire, per un miglioramento della dieta alimentare (28%) e, in maniera meno decisiva, per una riduzione del consumo di sigarette (10%) e dell’alcol (5%);
- Le due cose che piacciono di più nella pratica dello sport sono: il benessere del corpo dopo lo sport (31%) e il fatto di stare in gruppo (29%); a seguire il fatto di vedere posti nuovi (19%), la competizione (12%), il fatto di conoscere persone nuove (7%).

Secondo Metodo: il questionario SF-12 (Short-Form 12 items Health Survey)

Campione: Il questionario SF-12 è stato somministrato a 37 soci della GSL e 12 utenti non iscritti alla GSL (e che non effettuano una regolare attività sportiva), come gruppo di controllo.

La seconda somministrazione è stata effettuata a distanza di un anno su 17 soggetti: 14 appartenenti all’Associazione e purtroppo solo 3 non appartenenti.

Risultati:

Per quanto riguarda il questionario SF-12 le conclusioni che si possono trarre sono:

- In media il gruppo di pazienti che sono soci dell’associazione (e che quindi praticano sport con regolarità) ha riscontrato dei miglioramenti, nel periodo preso in esame, sia per l’indice che denota una variazione della condizione fisica (PCS-12) sia per l’indice che descrive la condizione mentale (MCS-12)
- Avviene il viceversa per il gruppo di utenti non sportivi: un peggioramento medio in entrambi gli indici.

È ovvio che, vista la pluralità di interventi che sono proposti agli utenti del Dipartimento di Salute Mentale (terapie farmacologiche, terapie psichiatriche e psicologiche, interventi rieducativi e risocializzanti tradizionali), non si può far risalire i miglioramenti dei soci dell’associazione esclusivamente agli interventi riconducibili allo sport e alla vita associativa in generale. Tuttavia questi dati ci confortano nella bontà delle attività proposte.

Sicuramente anche l’esiguità del campione (soprattutto per quanto riguarda il gruppo di controllo) è un’ debolezza molto forte della ricerca.

Terzo Metodo: l’Hand Test (un test proiettivo)

Campione: 20 soci della GSL e 10 utenti non iscritti alla GSL (e che non effettuano una regolare attività sportiva) a cui è stato sottoposto il test due volte, a distanza di un anno (per valutarne le variazioni).

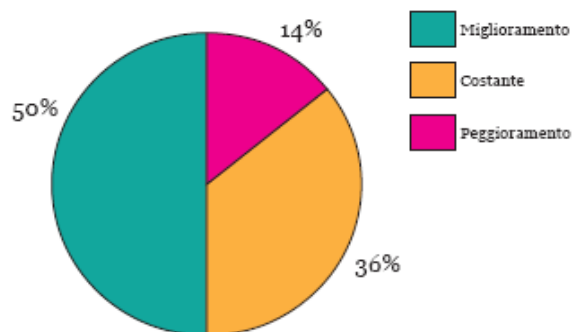
Risultati: per quanto riguarda i risultati della somministrazione del test proiettivo ai due gruppi, i risultati sono in fase di elaborazione.

Ipotesi di sviluppo dell’intervento

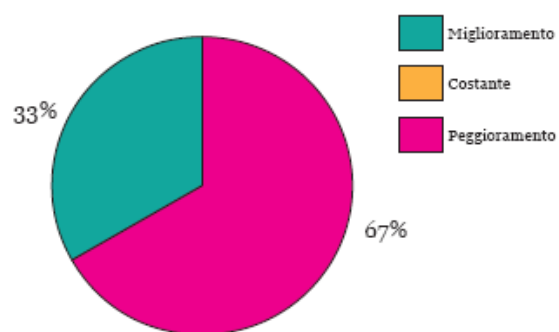
L’associazione sportiva si propone di responsabilizzare ulteriormente gli utenti allo scopo di valorizzarne le competenze in un’ ottica di assunzione di ruolo e sostegno tra pari.

Conclusioni

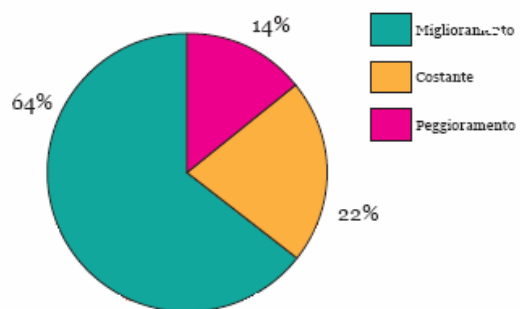
Si conferma l’importanza degli studi valutativi sui benefici della pratica dello sport in psichiatria ed in questo senso i risultati delle nostre ricerche sono incoraggianti. Esistono, tuttavia, alcuni limiti: insufficienza del campione, perdite troppo elevate al follow up; insufficiente definizione formale delle attività fisico/sportive, da superare in un nuovo progetto che coinvolga l’intero DSM e possibilmente altri Centri disponibili. Per questi motivi riteniamo che il nostro lavoro abbia contribuito ad identificare alcune criticità ed a creare un background favorevole allo sviluppo di ulteriori ricerche.



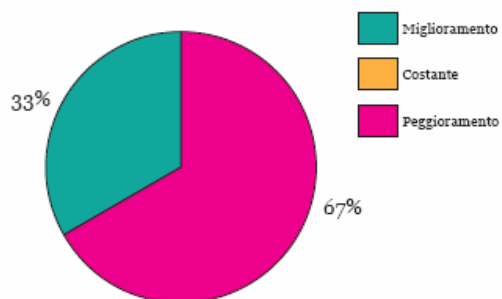
PCS - Utenti Global Sport Lario



PCS - Utenti non iscritti a Global Sport Lario



MCS - Utenti Global Sport Lario



MCS - Utenti non iscritti a Global Sport Lario

TESTIMONIANZE

RUOLO ATTIVO DEL PAZIENTE

di Nicola Bianchi – Grazia Curioni *

** Educatori del Dipartimento di Salute Mentale dell’Az. Osp. S. Anna di Como e soci dell’Associazione Sportiva Dilettantistica Global Sport Lario*

L’associazione sportiva dilettantistica GSL (Global Sport Lario) si caratterizza per promuovere al massimo la partecipazione attiva dei pazienti nella vita associativa.

Il ruolo attivo dei pazienti nel gruppo trekking dell’Associazione Sportiva Dilettantistica Global Sport Lario di Como si esprime con varie modalità.

Partecipazione attiva alla stesura del calendario delle uscite, con la scelta delle mete.

Una volta al mese il gruppo si riunisce, talvolta anche durante le gite stesse, per decidere le mete del mese successivo. Viene dato molto spazio alle proposte di tutti i pazienti, i quali attingono anche alle loro esperienze personali.

Assunzione del ruolo di “guida” in gite in percorsi conosciuti da pazienti. Viene offerta ai pazienti la possibilità di assumere il ruolo di “guide”, in percorsi che conoscono e hanno già sperimentato, fornendo anche nozioni storiche e naturalistiche dei luoghi visitati, documentandosi prima.

Assunzione del ruolo di motivatori di alcuni pazienti più esperti nei confronti di altri che lo sono meno. Durante alcune escursioni alcuni pazienti più esperti (perché da più tempo nel gruppo o perché conoscitori del percorso ...), spontaneamente o sollecitati, incoraggiano i meno esperti o allenati.

Condivisione attiva dei problemi di trasporto. Talvolta alcuni pazienti mettono a disposizione un’auto da affiancare ai mezzi del Servizio guidati dagli operatori. E’ previsto un rimborso a carico dell’Associazione.

Organizzazione di gite in autonomia (anche con automezzi propri). Saltuariamente, soprattutto nei periodi estivi o di ferie degli operatori, i pazienti effettuano escursioni nel giorno settimanale abituale in totale autonomia, organizzando tutto, dalla meta ai trasferimenti, con mezzi pubblici o anche con automezzi propri.

Ruolo attivo nella contabilità delle presenze e nella compilazione del quaderno delle uscite. Il nostro gruppo trekking si è dotato di un quaderno dove vengono registrate tutte le uscite effettuate con le caratteristiche della gita stessa (località, orario e altitudine di partenza e arrivo, dislivello, numero di partecipanti ...) e con alcune frasi che i partecipanti scrivono riguardo al percorso effettuato. Tutti i partecipanti a turno compilano questo quaderno e tutti scrivono le loro impressioni

Ruolo di fotografo del gruppo. Alcuni pazienti che hanno seguito un laboratorio di fotografia sono i fotografi “ufficiali” delle uscite. Essi nei giorni seguenti scaricano le loro foto su un computer per rivederle in gruppo (per esempio quando il brutto tempo impedisce l’uscita settimanale programmata).

Inserimento di relazioni descrittive e foto relative alle gite effettuate, sul sito dell’Associazione. L’Associazione Sportiva Dilettantistica Global Sport Lario da circa due anni si è dotata di un sito (www.globalsportlario.it). Tra i vari progetti di utilizzo del sito si è pensato di inserire nella pagina relativa al gruppo trekking (Escursioni nel sito)

una breve relazione di tutte le gite effettuate. Sono gli stessi pazienti – soci che se ne occupano.

Partecipazione a convegni. Si cerca di incentivare al massimo la partecipazione dei pazienti a convegni, corsi di formazione, giornate di studio, sia come uditori sia come relatori, in modo che portino le loro testimonianze e che facciano sentire la voce degli utenti dei Servizi.

Evoluzioni future: un coinvolgimento più attivo dei partecipanti al progetto “Peer Supporter”. Il Dipartimento di Salute Mentale ha fatto partire da un anno un Progetto sostenuto dalla Regione Lombardia che prevede la formazione di utenti in fase di compenso per fornire un supporto ad altri utenti.

Testimonianza personale

di Cesare Posca *

** Segretario dell'Associazione Global Sport Lario, "peer supporter" del progetto "sostegno tra pari" del DSM dell'A.O. S. Anna di Como*

Prima di parlare dei *Supporter* vorrei dire due parole sulla mia esperienza in montagna: è stata la prima attività che mi è stata proposta dal Centro Diurno insieme al calcio e, devo dire la verità, all'inizio ero piuttosto titubante se partecipare o no, perché non andavo spesso in montagna. In quel momento ero anche parecchio chiuso e non riuscivo a socializzare con molte persone, ma l'andare in montagna e confrontarmi con altri ragazzi mi ha aiutato tanto, mi ha dato tantissime occasioni di conoscere altre persone meravigliose, vedere paesaggi stupendi e non solo questo. Diciamo che poi sono riuscito a trasferire tutto questo nel mondo lavorativo, ho acquisito più fiducia in me stesso.

Mi ricordo le prime escursioni: pensavo di non riuscire ad arrivare in vetta, di non farcela, ma mi ricordo anche la soddisfazione di quando giungevo insieme agli altri. Era una soddisfazione e anche la conquista di una maggiore fiducia in me stesso, cosa che prima non era molto presente in me.

La montagna fa bene! Io sono qua a testimoniare e come diceva Nicola, è un piacere per noi utenti partecipare a questo Convegno e io ho avuto anche la fortuna di partecipare due anni fa. E il fatto di sentire tante cose aiuta ... aiuta sentirle direttamente, anziché essere riportate dagli operatori agli utenti, sentirle direttamente dà un aiuto maggiore.

Per quanto riguarda il progetto di cui parlava Nicola dei *"peer Supporter"*, che significa "supporto alla pari", è un progetto che è iniziato circa un anno fa e finanziato dalla Regione Lombardia. Attualmente a Como siamo in 8: vengono scelte delle persone che stanno bene da un po' di tempo e che, partendo anche dalla traduzione di alcuni manuali americani che spiegano come comportarsi con i propri pari, cercano di dare aiuto a delle persone che hanno attualmente i problemi che avevamo noi in passato. È molto importante non solo perché diamo un aiuto agli altri, ma anche per noi: a livello personale mi dà molta soddisfazione l'idea di aiutare delle persone che hanno passato delle situazioni che ho passato a mia volta. Io frequento anche il CAT che è un Centro Diurno Territoriale, dove sono d'aiuto all'educatrice e a un'infermiera e mi sono preso in carico un ragazzo con cui cerco di tenere i contatti, di spronarlo ad uscire di casa. Le cose stanno andando bene, sia per lui che per me perché mi dà molta soddisfazione quando lui partecipa alle attività dell'Associazione e adesso l'abbiamo convinto ad iscriversi.

Io sono molto grato all'Associazione, dove ricopro un ruolo importante che è quello del segretario, perché mi ha fatto riacquistare moltissima fiducia e sono sicuro che il lavoro che è stato fatto con me sarà fatto con altri utenti e tanti altri ragazzi dell'Associazione.

Testimonianza Personale

di **Giuliana Scaglioni***

** Insegnante di sci da fondo Comitato Paraolimpico Italiano*

Mi chiamo Giuliana Scaglioni, anch'io sono stata una paziente curata col metodo della "Montagnaterapia".

Vorrei "spezzare una lancia" a favore della Psicologia, degli Psicologi e, ultimi ma non ultimi un grazie anche ai farmaci, senza il supporto farmacologico sarebbe stato quasi improbabile la guarigione.

Soffrivo di una grave forma depressiva correlata ad uno stato anoressico, la psicologa che mi ha curato ha avuto un'idea altamente illuminante, mi ha proposto di curarmi con lo sport. Ha intuito che un'attività fisica svolta in un ambiente naturale potesse portare benefici non solo a livello fisico ma soprattutto mentale, favorendo così la connessione "mente - corpo - ambiente". Mi ha quindi proposto di praticare lo sci di fondo, del quale francamente, non sapevo quasi niente. Anni dopo mi spiegò il motivo : dovevo trovare uno sport che mi stimolasse l'appetito, perché... "se fai fatica e fa freddo sei obbligato a mangiare....."

E' stato un percorso molto impegnativo ma i risultati sono arrivati: sono guarita e soprattutto sono diventata maestra di sci . Ho scelto di collaborare come "peer supporter" col Comitato Italiano Paralimpico, per trasferire la mia esperienza di "paziente - atleta" prima e ora, come maestra che insegna sci di fondo a sciatori disabili.

Lo sport, tutti gli sport, hanno una valenza altamente riabilitativa poiché riabilitano la voglia di vivere.

ESPERIENZA DALL'ESTERO

UN'ESPERIENZA EUROPEA: GRUPPO “LA TRACE”

Catherine Dubus *

Sandrine Jaumotte**

con la gentile traduzione di Gaelle Mougin

* *Fisioterapista, brevetto CATAGSAE (istruttore di arrampicata indoor)*

** *Educatrice, specializzata in psicopatologia, La Trace ASBL Bruxelles*

Breve storia

Il progetto della Trace è nato dal Centro medico Enaden (uno dei più importanti centri di accoglienza di tossicodipendenti a Bruxelles, da più di 20 anni). Già all'inizio degli anni '80 questo centro organizzava regolarmente spedizioni in montagna per tossicodipendenti. Nel 1988 queste esperienze hanno dato vita a un'associazione autonoma riconosciuta e sovvenzionata dalle autorità pubbliche: “La Trace “ ASBL (associazione senza scopo di lucro). Inizialmente La Trace proponeva dei corsi di alta montagna e attività di arrampicata, sport ancora poco conosciuti in quel periodo.

Bisogna notare che questi corsi appartenevano ad una filosofia di presa in carico radicalmente diversa da quella che conosciamo oggi: erano l'occasione di una rottura con l'ambiente del partecipante e di un arresto brusco del consumo di sostanze. Alle persone che frequentavano le attività veniva proposta, in sostituzione del loro consumo, "una cosa che occupa la testa": delle emozioni forti, per non dire un certo "sballo" procurato dalla pratica di uno sport estremo. In eco a queste idee, in quegli anni, lo slogan di La Trace era: "non è mai lo stesso uomo che parte e che ritorna".

Nel tempo, abbiamo assistito ad un'evoluzione della presa in carico: un cambiamento correlato alla maggior disponibilità di metadone ha permesso ai tossicodipendenti di uscire dall'emergenza e nello stesso tempo di essere inclusi in un minimo di follow-up medico. Da allora è diventato più frequente che delle persone si rivolgessero a La Trace, dopo un periodo di disintossicazione o un soggiorno di post-terapia in via di stabilizzazione. Non essendo più considerate come sostituzione al consumo, le attività di tipo sport-avventura hanno così potuto assumere un altro ruolo nel percorso della persona, inscrendosi in un processo di monitoraggio più regolare, a lungo termine.

Il fatto di non concentrarsi più soltanto sul consumo, ha consentito di dare più spazio al vissuto psichico e fisico della persona, che ha permesso una disponibilità ad ascoltare la persona considerata non più unicamente in funzione della problematica del consumo ma nella sua totalità. L'uso di droga o alcool non era più considerato come il problema da sradicare, ma come un tentativo, certamente infruttuoso per il tossicodipendente, di trattare il suo malessere. Sempre più persone hanno fatto un percorso in psichiatria, riconoscendo l'uso di alcool o cannabis come mezzo per far fronte alle proprie difficoltà psichiche.

Queste considerazioni hanno fortemente cambiato il tipo di risposta e di lavoro di La Trace. E' per questo motivo che, nel 1997, abbiamo chiesto di essere riconosciuti sulla base del nostro lavoro in materia di salute mentale. Siamo oramai aperti “a qualunque persona in difficoltà”: una formulazione deliberatamente vaga, che permette ad ogni persona di potersi identificare.

Oggi la pratica dell'arrampicata ha perso un po' del suo carattere insolito e fa talvolta paura ai partecipanti; inoltre la Legislazione si è evoluta verso una maggiore responsabilità e una certa "demonizzazione" del rischio, pertanto gli operatori si sono formati per riorientare le attività de La Trace. Finita l'alta montagna a tutti i costi! Bisogna ora misurare gli eventuali rischi e pericoli. In parallelo a questo ritorno alla prudenza, l'evoluzione dei nostri partecipanti ci ha spinto ad accordare una maggiore attenzione al comfort di gruppo, all'alimentazione, all'igiene, all'attrezzatura, ecc. I fagioli in scatola hanno lasciato il posto a pasti veri, consumati tutti insieme. Abbiamo acquistato più attrezzatura per garantire a tutti i nostri partecipanti un buon equipaggiamento. Le attività e gli stages comportano sempre una caratteristica sportiva audace o insolita, ma adattiamo in ogni momento la difficoltà in funzione dello stato del gruppo. I pazienti sono fieri di ritornare raccontando agli altri che l'uscita è stata difficile, ma sentendosi rassicurati perché non li abbiamo messi in una situazione impossibile, estrema.

In definitiva, la trasformazione radicale che era stata proposta nei primi tempi a La Trace ha fatto spazio a un incontro più diluito nel tempo. "All' incontro del sé e degli altri" è diventato il nuovo slogan dell'associazione. In questa nuova configurazione, è aumentata l'importanza del gruppo, che è ormai considerato come uno spazio portante e rassicurante permettendo di mettere al lavoro la difficoltà di essere in relazione. Sempre più, sostituiamo la parola sport-avventura con “lo sport e l'avventura”, intendendo per questo soprattutto un' avventura umana .

Se alcuni vengono ancora a cercare uno "sballo" attraverso lo sport, la maggior parte arriva con la richiesta "incontrare delle persone" in un ambiente protetto. C'è tra l'altro una differenza tra le persone che frequentano le attività di arrampicata e quelle che vengono alle escursioni. Sempre più donne partecipano alle nostre attività. Le gite riportano un successo crescente, al punto da essere adesso programmate tutti i venerdì.

Funzionamento de La Trace: iscrizione

L'équipe de La Trace comprende due fisioterapisti, due educatori, un assistente sociale, uno psicologo, un segretario e un ragioniere.

Tutto comincia con un colloquio d'accoglienza con un membro dell'équipe.

Si tratta di un primo incontro in cui spieghiamo il nostro funzionamento e le nostre tre regole: non violenza, rispetto per gli altri e per se stessi, non utilizzo di sostanze prima e durante le attività.

Insieme, cerchiamo di vedere quale parte può prendere La Trace nel progetto della persona. Chiediamo al futuro partecipante poche informazioni su di lui. L'essenziale verrà detto forse più tardi, spesso nei posti più impensabili: lungo un sentiero o ai piedi di una parete, quando una relazione di fiducia sarà instaurata. Molti si limitano del resto ad un "vengo per muovermi", "vengo per vedere delle persone" senza citare il loro consumo (uso di sostanze) o le loro ospedalizzazioni psichiatriche. Altri invece tirano fuori tutta la loro storia, il loro percorso, come se dovessero dimostrare che essi hanno il loro posto da noi. Tuttavia, è raro che noi rifiutiamo una persona.

Un' analisi psico-sociale è possibile se la persona lo desidera. Noi non proponiamo terapia nel senso stretto del termine, ma piuttosto un sostegno, un supporto, una porta aperta a tutti quando ne sentono il bisogno.

La particolarità de La Trace è quindi quella di proporre uno spazio di tempo molto flessibile, dove gli operatori e le attività sono in qualche modo a disposizione dei partecipanti. Così quando ci si iscrive a La Trace, si è iscritti "a vita". Non c'è infatti nessuna fine alla presa in carico, a differenza della maggior parte degli altri servizi che lavorano con un pubblico come il nostro.

Dopo il colloquio d'accoglienza, proponiamo alla persona di partecipare alle nostre attività secondo il ritmo che più si adatta a lei, non c'è un tempo di attesa prima di poter partecipare ad una prima attività. Alcuni verranno ogni settimana in maniera molto regolare, altri ritornano dopo 2 mesi, 3 anni, 10 anni.

Le attività e gli stages

Ogni settimana sono organizzate due attività: arrampicata in palestra artificiale o naturale il martedì ed escursione il venerdì.

Lo svolgimento di queste due giornate è molto simile: accogliamo i nostri partecipanti nei nostri locali intorno alle 10 del mattino, ci prendiamo il tempo di bere un caffè, di essere lì, disponibili, insieme.

Ogni partecipante prova subito le attrezzature di cui avrà bisogno. Questo è un momento importante, dove tentiamo di consigliare ciascuno e di verificare che siano attrezzati nel migliore dei modi per la giornata: scarponi adattati né troppo grandi né troppo piccoli, giacca impermeabile, scarpette per l'arrampicata, un maglione in più per avere caldo, dell' acqua sufficiente, un pic-nic consistente...

Alla fine partiamo per l'attività e ritorniamo a La Trace verso le 17 h 00.

Durante l'anno sono previsti diversi stages. Si tratta di soggiorni di una settimana all'estero, che riuniscono una decina di partecipanti e un minimo di tre operatori. L'alloggio si fa in bed and breakfast o tenda . Ad esempio, nel 2010 abbiamo organizzato i seguenti corsi: sci alpino, ciaspole, trekking e campeggio in Ardeche, bouldering a Fontainebleau e le escursioni nelle Calanques (calette del Sud della Francia). Uno stage di formazione in Svizzera è stato annullato per mancanza di partecipanti.

Gli stages sono momenti intensi, dove gli operatori e i partecipanti vivono insieme nello stesso spazio, condividono gli stessi pasti , stessi servizi e talvolta dormono nella stessa stanza.

Alla fine di ogni giornata ci riuniamo alla sera, consentendo a ciascuno di esprimersi, ma spesso non si enuncia altro che un « fantastico ! », invece mentre pelavamo le patate 2 ore prima, o durante il tragitto in pulmino, durante l'escursione, possiamo essere interpellati da un partecipante direttamente o attraverso un suo comportamento e non sempre abbiamo la possibilità di concedere tutto il tempo necessario, perché bisogna continuare a leggere la cartina o tirare fuori la pasta dall'acqua prima che sia scotta. Troppo spesso, abbiamo poco spazio e tempo per riprendere ed elaborare ciò che ci viene detto o semplicemente mostrato.

La fine degli stages è uno dei momenti più difficili. Per molti lo stage rappresenta una quantità di forti emozioni dalle quali si proteggevano. Il ritorno a casa può essere vissuto come un ritorno al vuoto e talvolta al consumo. Se prima non affrontavamo questo momento in modo particolare, chiediamo adesso ad uno degli operatori che non ha

partecipato allo stage di venire ad "accoglierci", darci il cambio al nostro ritorno. Egli ci aspetta con una colazione quando rientriamo di notte e permette agli operatori che ritornano dai corsi di riposarsi un po'. Ed è lì per prestare un orecchio attento ai nostri partecipanti che non hanno forse qualcuno vicino a cui raccontare la loro avventura una volta tornati a casa loro.

Egli ascolta le prime storie e aneddoti dello stage, fa delle domande, s'interessa, guarda le foto e permette quindi una dolce transizione tra la settimana intensa e ricca di emozioni e un ritorno al calmo, ognuno a casa sua. Prima di partire, cerchiamo anche di preparare tutto ciò con ciascuno dei partecipanti : prevedere qualcuno a cui raccontare lo stage, un appuntamento con lo psicologo o con un amico, visitare un membro della famiglia nel corso della settimana, tornare ad un'attività de La Trace, ecc.

Oltre a queste attività per i nostri partecipanti "autonomi", cioè quelle persone che vengono a La Trace secondo il loro proprio ritmo, proponiamo delle attività in collaborazione con degli ospedali, unità di ritiro (comunità) e centri di cura diurni. Cerchiamo di solito di organizzare attività di arrampicata o trekking, talvolta con la creazione di un piccolo stage. Queste attività sono un modo per sostenere il progetto delle istituzioni partner e talvolta per mettersi in contatto con pazienti prima che lascino quelle istituzioni.

Queste persone hanno quindi la possibilità in seguito di tornare da noi dopo la loro uscita per continuare una presa in carico più flessibile.

In effetti, la fine di alcuni percorsi è a volte molto brusco e lascia le persone senza alcun accompagnamento regolare. Possono essere allora monitorate e supportate in modo più mirato attraverso le attività de La Trace.

I nostri accompagnamenti

Siamo a lungo stati associati all'immagine di una Trace che propone delle attività di sport estremo, dove gli operatori sarebbero degli sportivi estremi o spericolati. Alcuni partecipanti pensavano di doversi allenare prima di iscriversi da noi, altrimenti temevano di non riuscire a seguirci.

Ma noi siamo persone più o meno normali, la nostra sola particolarità è di lavorare per la maggior parte del tempo nella natura e di pensare che essa può essere utilizzata come strumento per andare incontro a se stessi e agli altri. È comunque vero che le attività sportive proposte contengono un carattere audace o inusuale che chiama al superamento del sé e che permettono di vivere momenti forti e costruttivi in gruppo .

Abbiamo voluto però rimanere accessibili a quante più persone possibili e progettiamo le nostre attività in funzione del gruppo con il quale lavoriamo. Durante gli stages, per esempio, valutiamo anche ogni sera la giornata trascorsa, in modo da preparare al meglio la giornata successiva. C'è sempre un itinerario di riserva programmato per poter abbreviare l'escursione o evitare un passaggio più difficile.

La nostra attenzione è di inquadrare nel modo migliore tutte le attività, gli operatori si formano al « mestiere » della montagna e acquisiscono le competenze necessarie. Di fatto, due membri dell'équipe hanno il loro brevetto di accompagnatori di media montagna, una persona ha il suo certificato di livello 3 di scalatore e altri due si stanno preparando per la formazione di istruttore di scalata livello 1 del Club Alpino Belga. Questo permette di poter orientare le nostre attività in modo indipendente e di far ricorso a professionisti del settore soltanto per delle attività più "estreme" o più specifiche come trekking su

ghiacciaio, rafting, ecc.

A questo proposito, lo sport-avventura non è qualsiasi tipo di attività fisica e neanche la nozione del no - limits. Esso ha la particolarità di imporre una serie di regole alle quali siamo tutti, operatori e pazienti, sottoposti: avere una buona attrezzatura, acqua e cibo sufficienti, dormire adeguatamente, restare in gruppo, monitorare il meteo, tornare indietro o trovare in tempo una « via di fuga ». Sono regole molto semplici che guidano a un rapporto con il nostro corpo, con se stessi e con gli altri. Noi non ci stancheremo mai abbastanza di rispiegarle, ricordarle e di mantenere il nostro obiettivo.

D'altro canto, il nostro contesto è molto flessibile e informale, sia a livello di ciò che ognuno può venire a depositare della sua storia, sia a livello dell'esigenza di frequentazione, poichè i partecipanti vengono quando vogliono senza doversi giustificare. Abbiamo ugualmente preso la decisione di chiamare tutti con il proprio nome. L'uso che fanno della nostra associazione varia fortemente in base alla voglia e alle capacità di ciascuno.

Se permettiamo ai nostri partecipanti di regolare la distanza a seconda dei loro bisogni, anche di sparire a volte per un lungo lasso di tempo, ci sembra essenziale che queste persone restino vive dentro la nostra mente. Durante un incontro, parecchi anni fa, un operatore di un altro servizio riassumeva il motto del nostro accompagnamento dicendo che si trattava di “lasciare liberi senza lasciar cadere” (il senso è quello di un'autonomia protetta ovvero un lasciar fare ma intervenire al bisogno). Se questa frase c'è rimasta in mente, dimostra che si tratta di una posizione delicata da reinventare continuamente, con il rischio di sostituire altrimenti il nostro desiderio di guarigione a quello del paziente, o di utilizzare un cosiddetto "rispetto della distanza" per nascondere le nostre proprie resistenze ad ascoltare una sofferenza che sta cercando di farsi sentire.

Grazie a questo contesto informale e a questa libertà che lasciamo loro, possono emergere delle cose che non direbbero da un'altra parte, perché non siamo il medico o il referente dell'appartamento protetto o l'assistente sociale del CPAS (centro pubblico di azione sociale). Questo ci porta a volte, ovviamente, in posizioni scomode in relazione alla questione del segreto professionale e del rischio da valutare.

Nella nostra attività siamo naturalmente portati a preoccuparci del corpo, vissuto in modo diverso da ciascuno dei nostri partecipanti. Cerchiamo quindi di accompagnarli dentro le loro emozioni, che siano positive o negative, cerchiamo di dare voce a ciò che gli facciamo vivere. Dopo una cresta in un'escursione, possiamo commentare: <<Uff, che salita ripida! Che sudata! Mi tolgo il maglione e bevo un po' d'acqua. E tu non hai caldo vestito così?>>. I nostri corpi sono ugualmente coinvolti dentro questo lavoro perché l'attività fisica impone delle regole. A loro come a noi, come bere, mangiare, dormire. Può anche succedere di essere insultati da un partecipante preso dalla paura.

Venire a La Trace è dunque prendere aria fresca rispetto al settore della tossicodipendenza o della psichiatria, e allo stesso tempo, non equivale ad un'iscrizione ad un club sportivo. Ci sono così alcune persone che non parleranno mai del loro consumo, ripetendo un "vengo per muovermi", mentre approfittano in modo manifesto del nostro ascolto e del contesto. È proprio questo contesto particolare e rassicurante che è al centro delle nostre offerte di accompagnamento.

Dobbiamo continuamente ri-collocarci dentro questo paradosso di essere un centro di

aiuto senza averne troppo l'aria e proporre delle attività sportive senza che questo sia fine a se stesso. Lo sport avventura non ha nessuna virtù terapeutica in sé, è solo uno strumento che permette un incontro da reinventare continuamente.

<http://www.latrace.be/>

LA RETE ITALIANA

SOPRAIMILLE

Tratto dal sito : www.sopraimille.it



Chi siamo

La nostra avventura parte nel 2003, con l'idea di accostare montagna e disagio psichico. Montagna e disagio psichico. Un binomio in apparenza strano, poco conciliabile, forse addirittura inquietante o fastidioso. Eppure l'esperienza che riportiamo ci ha fatto ricredere, superare timori e dubbi iniziali, spalancando orizzonti assolutamente inattesi.

L'avventura è iniziata quando operatori del Centro di Salute Mentale di Arco hanno pensato di inserire nello specifico ambito della riabilitazione psichiatrica, un nuovo particolare scenario, quello della montagna. Per realizzare un progetto così particolare è stato soprattutto necessario stabilire sin dalle prime fasi dei rapporti collaborativi molto forti con degli esperti, e per questo è nato (sulla base di un preciso accordo tra gli Enti) un gruppo di lavoro composto da operatori psichiatrici, medici ed infermiere del CSM dell'Azienda Sanitaria (A. Bolognani, M. Floriani, S. Carpineta), da un gruppo di soci della Sezione SAT-CAI di Riva del Garda (coordinati da R. Villi e R. Simonetti) e da una nota Guida Alpina locale, Paolo Calzà.

È così nato il "Progetto Sopraimille".

Insieme abbiamo cercato il senso di quello che stavamo facendo, integrando i rispettivi ruoli per permettere a destinatari del progetto di recuperare un compiuto senso di sé, di riscoprire abilità poco utilizzate, di meglio sintonizzarsi con l'ambiente, di consolidare legami interpersonali validi ed un positivo senso di appartenenza al gruppo. Per raggiungere questi obiettivi la montagna appare una risorsa, uno strumento ideale; in montagna le persone sentono di essere una parte vitale della realtà che scorre, che le proprie azioni possono aiutare se stessi e gli altri; ognuno diventa un anello importante all'interno del gruppo, impara ad affidarsi agli altri ma anche ad essere lui in prima persona responsabile della sicurezza della persona vicina, anche degli stessi accompagnatori.

E tutto passa attraverso una rivalutazione del corpo, così spesso dimenticato se non negato, corpo che qui può invece essere valorizzato, diventare oggetto di sviluppo di emozioni e attenzioni, che può recuperare dimenticate valenze comunicative; e questo camminando in mezzo alla natura, affrontando timori per una discesa ripida, disagi per la pioggia improvvisa, o per l'affaticamento muscolare.

Tutte queste ipotesi le abbiamo verificate progressivamente, di uscita in uscita; ed il gruppo si è consolidato, è aumentato di numero, via via più sicuro delle proprie capacità e del piacere di essere lì, insieme. Dalle gite più semplici vicino casa alle avventure in piccole grotte; dal freddo affrontato sulla neve con le racchette ai piedi, al timore vinto in

parete durante pomeriggi di arrampicata; piatto caldo in rifugio, aspettare l'altro perché fatica, discutere di quello che si prova, bagnarsi di sudore o pioggia, ascoltare ed essere ascoltati... dovevamo aspettarci che in montagna tutto questo potesse accadere. E progressivamente abbiamo visto che quello che si concretizza a volte con difficoltà in un ambulatorio medico o in un centro riabilitativo, riesce a prendere forme più semplici e dirette in un ambiente naturale, seguendo leggi e percorsi inaspettati ma con risultati sorprendentemente validi.

Ma quello che non potevamo aspettarci era il seguito.

Mentre il gruppo Sopraimille proseguiva la sua esperienza, attorno ad esso nascevano idee, iniziative, sensibilità. Come quella dell'amministrazione comunale di Riva del Garda, decisa a supportare il gruppo e la sua attività, o delle tante persone disposte ad avvicinarsi e a far parte attiva dell'iniziativa; tutte occasioni per abbattere barriere, cancellare etichette, stare insieme. Dal punto di vista più tecnico e scientifico era anche importante verificare i risultati del lavoro svolto, e per far questo abbiamo impostato un'attenta rilevazione di una serie di parametri, principali dei quali sono la crescita dell'autostima, la modificazione dell'ansia, la qualità delle relazioni interpersonali, i tipi di comportamenti agiti, il rapporto con il proprio corpo. Più nello specifico abbiamo monitorato l'andamento nel tempo di specifiche attitudini quali la capacità di aderire ad ogni gita, di tenere relazioni valide nel gruppo, di usare correttamente l'attrezzatura, di progettare la successiva gita; l'analisi dei risultati, espressi anche graficamente, hanno dimostrato il netto e progressivo miglioramento dell'insieme.

E poi...

Verso una rete nazionale, il Forum dei saperi della montagna che aiuta

Mentre tutto ciò accadeva abbiamo cominciato a guardarci intorno, scoprendo che tante realtà in Italia si muovevano su percorsi simili al nostro. I contatti sono nati, poi le conoscenze, le amicizie e gli scambi.

Ed abbiamo iniziato a parlare linguaggi comuni e condivisi, ed il termine "Montagnaterapia" (coniato anni fa dal dott. Giulio Scoppola, Psicologo ed Istruttore CAI) ha iniziato a circolare anche tra noi, come il desiderio di incontrare questi altri gruppi; desiderio che si è concretizzato nel Seminario di Montagnaterapia Sopraimille. Un seminario esperienziale di tre giorni di lavoro intenso organizzato dalla SAT di Riva del Garda e dall'Azienda Sanitaria della Provincia di Trento, che si è tenuto al Rifugio Pernici nel settembre 2004 ed a cui hanno partecipato operatori psichiatrici e soci del CAI già impegnati in progetti di montagnaterapia in psichiatria. Occasione irripetibile per scambiare esperienze e per permettere il confronto tra realtà così diverse come quelle dei Centri Salute Mentale di Roma, Monza, Ciampino, Arco, Rieti, Portogruaro e Bergamo. Confronto, discussioni, relazioni tecniche e scientifiche, filmati di esperienze vissute da alcuni dei partecipanti, sessioni "all'aperto" per scambiarsi impressioni mentre si arrampicava o ci si misurava con l'orientamento ed altre tecniche da riportare nei nostri gruppi di provenienza.

Il successo di questa iniziativa ci ha convinti a ripeterla, e nel settembre 2005 la macchina, ormai roduta, ha riproposto quello che stavolta è diventato un Corso di Formazione, con alcune peculiarità. Prima fra tutte la presenza del Presidente Annibale Salsa, che ha permesso all'incontro di assumere uno spessore tutto nuovo, ricco di stimoli ed approfondimenti. Secondo poi la volontà, faticosa ma gratificante, di partire con l'idea di

raccogliere i contributi in pubblicazioni che permettessero una ulteriore diffusione delle teorie, proposte e riflessioni emerse.

Risultato inatteso è stato la presa di coscienza che numerosissime realtà di questo tipo esistono in tutta Italia. Differenziate, con mezzi e strumenti diversi, senza necessariamente poggiarsi sulle stesse scelte, metodologie o presupposti teorici, ma tutte assolutamente accomunate dalla ricerca di uno strumento nuovo ed efficace per la riabilitazione in psichiatria.

Gli organizzatori, sono diventati "catalizzatori" di un momento di incontro molto significativo. Al Pernici è nata qualche cosa di importante, è apparsa la volontà di tutti di aumentare la conoscenza, implementare i rapporti, "tessere la rete". E proprio in quella occasione il Presidente Salsa ha auspicato la prosecuzione di questo lavoro, ipotizzando una partecipazione diretta del CAI per la nascita di un progetto a livello nazionale.

La Montagnaterapia prende ancor più forza con un importante incontro nazionale nel 2006 al Passo del Pordoi. Un incontro così denso che ha lasciato il segno, e dove è nato (risultato importante) l'embrione di quello che è diventato il Coordinamento Nazionale per la Montagnaterapia.

Sono seguiti tanti altri convegni e corsi di formazione, che pian piano hanno raccolto sempre più interesse, si sono aggiunti gruppi, avvicinati operatori.

Con l'impegno e il coinvolgimento dei diversi gruppi operativi presenti a livello italiano si è strutturata la rete attuale, che è organizzata in macrozone (corrispondenti a una o più regioni).

Per ogni macrozona è stata incaricata una persona che funge da referente (referente a rotazione all'interno della macrozona), che ha il compito di :

- mappare i gruppi esistenti sul proprio territorio
- aiutare i gruppi o persone che sono in fase embrionale
- organizzare un evento/incontro per diffondere l'attività
- creare formazione presso i gruppi nuovi ed esistenti
- creare/mantenere contatti tra le varie macrozone

La montagna, in solidum, ha dato i risultati che ci aspettavamo!

Il sito

Il sito Sopraimille è pensato come luogo di incontro interattivo dove tutti possano attingere e fornire informazioni, materiali, idee e quant'altro.

Sul sito è possibile trovare articoli di approfondimento, atti e relazioni congressuali, tesi di laurea, pubblicazioni scientifiche ... la storia della montagnaterapia. Inoltre vi sono tante foto che concretizzano il nostro lavoro.

Vengono accettati contributi riguardanti il tema psichiatria e montagna: tutti i contributi verranno visionati prima della pubblicazione. Tutti possono diventare collaboratori inviando testi e contributi.

Il sito offre agli interessati la possibilità di compilare una "scheda conoscitiva", finalizzata a creare una mappatura delle persone che sono impegnate attivamente in progetti di montagnaterapia o che sono semplicemente interessate a conoscere le iniziative e le esperienze promosse in questo ambito sul territorio nazionale.

AMI ONLUS: LA MONTAGNATERAPIA NEL PRIVATO SOCIALE

Federico Magnaguagno*

Claudia Tanga**

* *Laureato in Scienze Motorie, Presidente Associazione Montagnaterapia Italiana Onlus*

** *Psicologa*

Siamo qui oggi a questo convegno per presentarvi una nuova realtà organizzativa che dal 2009 è presente a livello operativo nel panorama della Montagnaterapia Italiana e che si propone come interlocutore per quelle realtà sociali ed organizzative interessate a sperimentare operativamente la Montagnaterapia.

Pur essendo attivi con numerosi progetti all'interno del servizio pubblico su tutto il territorio nazionale da diversi anni (il gruppo storico della Montagnaterapia realizza progetti già dagli anni ottanta), nell'ultimo periodo il Gruppo di Lavoro di Montagnaterapia si è trovato a confrontarsi con la necessità di dare una forma giuridica al gruppo per poter offrire una valida interfaccia anche nel settore del privato sociale.

Nasce così, in seno al Gruppo Operativo di Montagnaterapia del Centro Italia, nel confluire dell'impegno crescente di un gruppo di giovani con formazione ed esperienza in interventi socio-sanitari che si sono avvicinati per strade diverse all'uso terapeutico della montagna, l'Associazione Montagnaterapia Italiana ONLUS.

L'AMI ONLUS nasce in primis per rispondere alla domanda e all'interesse crescenti, non più solo in ambito pubblico, ma anche privato, per questo particolare approccio metodologico.

A questa domanda risponde un gruppo di volontari che hanno come obiettivo quello di realizzare un modello di lavoro in cui la professionalità e la specializzazione guadagnata attraverso percorsi formativi ben definiti, incontra l'energia e la passione per la montagna, in tutte le sue forme e manifestazioni. Ci muove la consapevolezza di poter coniugare e armonizzare insieme, attraverso il nostro lavoro, la “testa” e il “cuore”, i contenuti che trovano nella letteratura ormai un crescente e valido riscontro e l'intenzione consapevole di poter svolgere un servizio con l'entusiasmo di chi vive in prima persona, sulla propria pelle, le esperienze che propone, conoscendone e condividendone intimamente i valori.

Infatti, se la letteratura scientifica ha ormai confermato pienamente che un intervento risulta maggiormente efficace quanto più riesce a coinvolgere la persona in tutte le sfere del suo essere, fisico, emotivo e mentale, non di meno possiamo affermare che l'efficacia dell'intervento dipenda anche dal grado di convinzione con cui l'operatore, o come ci piace di più definirlo, il mediatore si relaziona e crea una connessione tra sé, l'ambiente circostante e le persone a cui si rivolge.

Non potendo definire la Montagnaterapia come un intervento di tipo farmacologico, in cui vengono somministrate passeggiate in natura come fossero pillole, il fattore umano diviene un punto imprescindibile.

E' da queste istanze che è nata la proposta di fondare l'AMI come strumento di supporto operativo al Gruppo per la gestione e lo sviluppo di nuovi progetti e per la definizione

delle linee guida e del protocollo operativo della Montagnaterapia, in cui la professionalità e competenza possano fondersi insieme con l’entusiasmo di chi crede con passione nelle potenzialità trasformative della montagna.

L’AMI è stata ideata, nell’ambito della Montagnaterapia, come strumento utile per interloquire con le istituzioni. La scelta di costituirci come associazione senza fini di lucro è, infatti, connessa alla voglia di proporre interventi professionali che siano facilmente sostenibili da un punto di vista economico per un ampio bacino di utenza.

Scopo primo dell’Associazione è la promozione della salute intesa come idea di integrità globale dell’uomo.

Le aree di intervento spaziano quindi dalla prevenzione primaria, alla prevenzione secondaria e terziaria (in diversi ambiti: età adulta, età evolutiva, cardiologia, tossicodipendenze, ecc ...)

Al momento l’associazione sta iniziando ad attivare progetti in aree d’intervento che constano di un’esperienza abbastanza consolidata a cui poter far riferimento, come l’area della salute mentale adulta e quella della prevenzione primaria e secondaria nell’età evolutiva, ma l’idea è di ampliare l’uso dell’intervento anche ad altri settori della salute e del sociale che possano trarre vantaggio da questa proposta d’intervento volta alla salutogenesi ed organizzata su una visione globale dell’uomo.

Altro tema centrale dell’operato dell’Associazione Montagnaterapia Italiana ONLUS è la formazione degli operatori nei diversi contesti d’intervento socio-sanitario.

Attualmente l’AMI sta compiendo, con il Gruppo di Lavoro del Centro Italia, un grande sforzo per riorganizzare il vasto materiale prodotto in ormai quasi trenta anni di attività al fine di elaborare con sempre maggiore precisione linee guida e un protocollo di intervento che, considerando il prezioso bagaglio delle esperienze pregresse e lo sviluppo degli attuali studi che si stanno compiendo, anche con la collaborazione delle università, siano garanti della qualità sia dei progetti attivati, sia del personale che realizza tali progetti.

Ambizioso obiettivo dell’AMI è quello di realizzare una solida collaborazione e sinergia tra privato, istituzione pubblica e Università, fino a delineare un percorso formativo completo che possa fornire all’operatore gli strumenti necessari per operare con efficacia nell’ambito dell’approccio della Montagnaterapia.

Un’équipe di lavoro, formata dal Comitato scientifico del gruppo operativo del centro Italia e dagli attuali membri del Consiglio Direttivo dell’AMI, in collegamento con il Coordinamento Nazionale della Montagnaterapia, sta lavorando per approfondire alcuni aspetti della metodologia d’intervento, nell’intento di dare corpo a tutte quelle esperienze che costituiscono il patrimonio culturale della Montagnaterapia.

L’associazione nelle sue diverse attività si propone, dunque, come strumento utile di raccordo tra i soggetti, istituzionali e non, interessati ad entrare in contatto e sperimentare la Montagnaterapia e le realtà teoriche, metodologiche e pratiche presenti in questo ambito; in tal senso vanno le attività dell’AMI volte a divulgare l’approccio di Montagnaterapia, come la presa in carico della gestione del sito del gruppo operativo del centro - Italia e la partecipazione attiva alla costruzione di eventi divulgativi; tra gli obiettivi a lungo termine l’associazione annovera l’ampliamento del raggio d’azione della Montagnaterapia in settori d’intervento poco esplorati e che possono trarre vantaggio da questa specifica proposta metodologica basata sull’uso dell’esperienza montana come strumento e mezzo di cambiamento. Inoltre, già da ora l’AMI si sta occupando di costruire

rete, accogliendo le domande provenienti anche da altre realtà regionali e provando, dove possibile, ad attivare le risorse umane e professionali necessarie ad intervenire.

L’idea di un’associazione che metta un forte accento sulla sua funzione operativa nell’ambito degli interventi con la Montagnaterapia vuole essere un modo per connettersi a quella dimensione esperienziale che ha caratterizzato ed ancora connota questo approccio. Anche per quanto riguarda il *modus operandi* l’AMI pone particolare attenzione al livello dell’esperienza, intesa nel suo più profondo significato come modalità di conoscenza che avviene attraverso il muoversi, il provare. L’intervento viene così co-costruito partendo dalla specificità della domanda che viene accolta, analizzata ed elaborata con il committente e con l’utenza, prestando attenzione alle specificità del contesto; in quest’ottica la verifica sui progetti si propone da un lato di garantire la qualità dell’intervento e nel contempo produce informazioni utili per orientare l’operato dell’associazione e confermare, delineare, esplicitare le inferenze sulla Montagnaterapia, in un processo circolare che mira ad innescare un circolo virtuoso tra la pragmatica dell’intervento e la costruzione della conoscenza.

GEOGRAFIA DELLA RETE

Per ogni macrozona è stata incaricata una persona che funge da referente (referente a rotazione all'interno della macrozona), che ha il compito di:

- mappare i gruppi esistenti sul proprio territorio
- aiutare i gruppi o persone che sono in fase embrionale
- organizzare un evento/incontro per diffondere l'attività
- creare formazione presso i gruppi nuovi ed esistenti
- creare/mantenere contatti tra le varie macrozone



SITI WEB

www.cai.it

www.elprosac.com

www.latrace.be

www.montagnacheaiuta.it

www.montagnaterapia.it

www.sopraimille.it

Foto di copertina:

Baite del Moschel (1265 m. slm) – Valseriana (BG)

Località di partenza: Valzurio - 813 m. slm,
frazione di Oltrassenda Alta (BG)

Tempo di percorrenza: 50 minuti

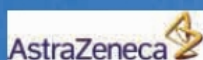
Dislivello: 452 m.

Descrizione: si imbecca la strada sterrata forestale che percorre per un buon tratto la Valzurio e segue, sulla destra, il torrente Ognà. La strada alterna tratti di salita a tratti di falsopiano, attraversando boschi di faggi ed abeti e pianori innevati. La suggestiva conca delle Baite del Möschel (1265 m.) è aperta frontalmente a nord verso Il Ferrante e il Ferrantino, ad est verso la Cresta di Valzurio e la parete nord-ovest della Presolana e, ad ovest, verso i monti Vodala, Timogno e Avert.

Note: possibilità di proseguire per altri sentieri con itinerari dai 30 minuti a più ore

*Finite di stampare
nel mese di Marzo 2011*

CON IL CONTRIBUTO DI:



La frequentazione della montagna come strumento di salute, che aiuta a raggiungere o recuperare un senso di benessere del sé.

La montagna come scenario riabilitativo, in cui si coniugano le dimensioni corpo-mente-ambiente, individuo e gruppo, lavoro clinico e psicosociale.

La “Montagnaterapia” viene proposta da diversi gruppi, in cui si integrano operatori della sanità ed esperti del settore montagna, inseriti in una rete nazionale di coordinamento.

Il Convegno offre la possibilità di portare alla luce e di permettere il confronto sulle esperienze realizzate, di condividere progetti e ricerche sul campo in diverse aree tematiche: dalla salute mentale alle dipendenze, dal handicap ai minori.

CON IL PATROCINIO DI:

