

INTERVENTI RIABILITATIVI ED ESPERIENZA OTTIMALE  
NEL CONTESTO MONTANO

Fiorella Lanfranchi\*, Antonella Frecchiami\*\*, Antonella Delle Fave\*\*\*

\* Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera Bolognini di Seriate (Bg)

\*\* Coop. “Il pugno aperto” soc. coop. Soc. - Bergamo

\*\*\* Dipartimento di Scienze Cliniche “Luigi Sacco”, Facoltà di Medicina e Chirurgia,  
Università degli Studi di Milano

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Fiorella Lanfranchi

Centro Psico Sociale – A. O. Bolognini

Via Sorgente

24020 Piario (BG)

Tel. 0346 69676

E-mail : [fiorella.lanfranchi@gmail.com](mailto:fiorella.lanfranchi@gmail.com)

INTERVENTI RIABILITATIVI ED ESPERIENZA OTTIMALE  
NEL CONTESTO MONTANO

REHABILITATION AND OPTIMAL EXPERIENCE THROUGH  
MOUNTANEERING

**RIASSUNTO. Scopo:** Gli interventi di “montagnaterapia” in psichiatria sono stati raramente oggetto di indagine. Questo studio multicentrico ha l’obiettivo di valutare la qualità dell’esperienza associata dai pazienti ad escursioni in montagna, utilizzate a fini riabilitativi. **Metodi:** A 54 pazienti schizofrenici afferenti a 7 centri italiani che praticano la montagnaterapia è stato somministrato il Flow Questionnaire, strumento che permette di analizzare attività e situazioni associate all’esperienza ottimale o flow, stato positivo e complesso di impegno e coinvolgimento, e che raramente è stato finora usato con pazienti psichiatrici. **Risultati:** Tutti i pazienti tranne due hanno riconosciuto l’esperienza ottimale nella propria vita quotidiana, associandola in prevalenza alle attività di montagnaterapia. **Conclusioni:** Anche in condizioni subottimali di salute mentale gli individui riportano esperienze complesse e gratificanti di impegno e sviluppo di competenze. L’analisi dell’esperienza associata alle attività quotidiane e riabilitative consente agli operatori di mettere a punto e implementare i trattamenti insieme al paziente attraverso una co-costruzione degli interventi, valorizzando l’apporto che l’individuo può fornire alla costruzione del proprio benessere.

**Parole Chiave:** Montagnaterapia, riabilitazione psichiatrica, schizofrenia, esperienza ottimale, Flow-Questionnaire

**SUMMARY.Objective:** Rehabilitation based on “mountain-therapy” has been rarely investigated. This multicentric study aims at evaluating the quality of experience patients associate with mountain activities practiced as part of their rehabilitation program. **Methods:** A group of 54 participants was selected among patients practicing mountain-therapy in 7 Italian centres. Participants were administered the Flow Questionnaire, which investigates the activities associated with optimal experience or flow, a positive and complex state of engagement and involvement. The instrument has been rarely used with psychiatric patients. **Results:** All the participants except two reported optimal experience in their life, and they prominently associated it with mountain-therapy related activities.. **Conclusions:** Individuals can perceive complex and gratifying experiences of engagement and skill development even in suboptimal mental health conditions. Analyzing the quality of experience patients associate with daily contexts and rehabilitation activities can help health professionals design and implement treatments together with the patient, through a co-construction of intervention. This approach can highlight patients’ original and active contribution to the promotion of their own well-being and development.

**Keywords:** Mountain-therapy, psychiatric rehabilitation, schizophrenia, optimal experience, Flow-Questionnaire

## **Introduzione**

La necessità di utilizzare un approccio integrato e di tipo biopsicosociale nella gestione delle malattie mentali gravi è ormai universalmente condivisa (Fassino & Daga, 2005; Guzofski & Geller, 2006). Per quanto riguarda in particolare il gruppo delle schizofrenie, sempre maggiori evidenze mostrano come la loro insorgenza ed evoluzione siano connesse a fattori sia biologici (Ermoli et al., 2005), che ambientali e psicologici (Tsuang, 2001; Howes et al., 2004). Mentre i modelli di derivazione behaviorista riconducono la comparsa di sintomi psicotici all'interazione tra una vulnerabilità individuale e fattori di stress ambientale (Van Winkel et al., 2008), altri approcci sottolineano il ruolo dell'ambiente familiare e deficit di competenza personale e sociale (Sangiovanni et al., 2006). Inoltre, a livello macrosociale, occorre considerare le variabili legate alla comunità. In particolare il funzionamento sociale dei soggetti sia prima che durante la malattia, la densità e l'omogeneità della rete sociale, la presenza e qualità dei servizi e gli interventi per la Salute Mentale Comunitaria incidono favorevolmente sull'evoluzione dei disturbi psichiatrici (Brenner et al., 2000; Morlino, 2004).

La complessità della schizofrenia e la sua origine multifattoriale richiedono trattamenti integrati che comprendano, oltre alla terapia psicofarmacologica, la psicoterapia individuale, la terapia familiare, interventi a breve termine per gestire le crisi e a lungo termine per favorire la riabilitazione sociale (Turkington et al., 2004). Inoltre, la letteratura scientifica indica l'utilità di interventi di gruppo su disturbi gravi di tipo schizofrenico (Borras et al., 2009); in particolare le psicoterapie di gruppo centrate sul corpo e rivolte all'area delle psicosi favoriscono progressi nelle funzioni dell'Io e riduzione dei sintomi negativi (Rohricht et al., 2009).

Il successo degli interventi riabilitativi è legato, da un lato, al recupero e allo

sviluppo delle abilità individuali attraverso gli interventi clinici, dall'altro lato al grado di accoglienza e tolleranza esterne rispetto al reinserimento del paziente nella vita sociale e lavorativa. Il processo di cambiamento si attiva pertanto non solo attraverso interventi sul singolo paziente, ma anche con la modificazione delle aspettative e dell'atteggiamento del contesto sociale, spostando il paradigma della salute mentale dall'esclusione verso l'inclusione, e fornendo assistenza a lungo termine nella comunità, strutturata attraverso una rete di efficaci agenti informali e utilizzata come risorsa (Saraceno, 2005). Recenti studi ad esempio hanno mostrato l'utilità del Trattamento Assertivo di Comunità (ACT), e più in generale dei servizi orientati alla promozione delle risorse sia individuali che ambientali, nel favorire il "Recovery", inteso come capacità di vivere con soddisfazione, speranza e progettualità nonostante i limiti che la malattia impone (Marshall & Lockwood, 2003; Bello et al., 2008).

Molti centri di salute mentale si sono aperti al territorio, affiancando il lavoro clinico a quello sulla rete sociale, in collaborazione con il volontariato e le organizzazioni culturali, umanitarie e sportive, tra cui il CAI. Si è così aperto un nuovo scenario riabilitativo: la montagna, che aiuta.

Con il termine "montagna terapia" si fa riferimento a "un originale approccio metodologico .... rivolto a individui portatori di patologie o disabilità, nell'ambiente culturale, naturale e artificiale della montagna" (Scoppola, [www.sopraimille.it](http://www.sopraimille.it)). Le attività vengono progettate ed attuate prevalentemente nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, con la fondamentale collaborazione del Club Alpino Italiano e di altri Enti o Associazioni accreditate del settore.

In ambito psichiatrico, i gruppi di montagnaterapia si rivolgono a soggetti con disturbi psicotici, disturbi dell'umore e di personalità. Sono composti da 8-10 pazienti e condotti da operatori della salute mentale (psicologi, psichiatri, educatori e infermieri)

con la partecipazione di guide alpine, istruttori e/o volontari CAI. La durata minima prevista per i programmi riabilitativi è di 6 mesi; la frequenza media delle uscite è quindicinale, con sessioni giornaliere o plurigiornaliere.

La principale attività svolta nei gruppi è l'escursionismo, cui si aggiungono arrampicate, sci di fondo e "ciaspolate". Le uscite vengono preparate congiuntamente da pazienti, operatori e alpinisti, con la scelta degli itinerari, delle attrezzature e dell'organizzazione. Dopo le uscite l'esperienza vissuta viene rielaborata sia in riunioni di gruppo, sia individualmente nelle sedute con il terapeuta.

Gli strumenti fondamentali di intervento sono il gruppo e la motricità. I programmi si propongono il duplice obiettivo di sviluppare le abilità del paziente e di implementare le risorse dell'ambiente. Per quanto riguarda il primo obiettivo, si lavora sulle abilità di comunicazione, di interazione sociale e di gestione del tempo libero, per favorire l'ampliamento delle abilità di lettura dell'esperienza e il rafforzamento del funzionamento sociale. I training sulle abilità sociali, quale ad esempio il SST- Social Skills Training (Bellak et al., 1997) vengono avviati all'interno delle strutture psichiatriche e proseguono in contesti di vita reale, quale quello montano, promuovendo una generalizzazione degli stimoli e delle risposte. Ad essi si affiancano programmi di terapia ambientale fondati su un modello terapeutico della comunità che favorisce comportamenti risocializzanti attraverso la comunicazione di aspettative realistiche e di feedback positivi, il coinvolgimento del paziente e la coesione del gruppo. Per perseguire il secondo obiettivo – l'intervento sull'ambiente - vengono proposti ad alpinisti e volontari corsi di formazione con taglio psicoeducativo, adattamento del metodo originario (Falloon, 1994). Alternando momenti didattici a momenti esperienziali, essi affrontano le tematiche connesse alle malattie mentali e alla comunicazione.

Evidenze cliniche suggeriscono che i programmi di montagna terapia favoriscono il superamento delle condotte di ritiro, l'ampliamento dei contatti sociali, la riduzione dei ricoveri, una maggior aderenza alle terapie e l'adesione ad altre attività. Le uscite favoriscono la strutturazione dell'Io attraverso la consapevolezza delle proprie possibilità, lo sviluppo di relazioni interpersonali valide, la condivisione di regole per il raggiungimento di uno scopo, il confronto con ostacoli naturali o artificiali. Il cammino e il trekking promuovono la riflessione sul proprio mondo interno e, contemporaneamente, richiedono attenzione alla realtà esterna, vigilanza e prontezza nel rispondere agli stimoli circostanti, stabilità emotiva e gestione efficace di stress e fatica psicofisica. La tendenza all'inattività e la percezione distorta del corpo, frequenti negli stati psicotici, vengono contrastate. Nel tempo si evidenziano miglioramenti nel tono muscolare e nella coordinazione psicomotoria, oltre ad una migliore capacità di memorizzazione e rappresentazione mentale del percorso.

Il piccolo gruppo con cui si condividono obiettivi ed azioni permette di sviluppare relazioni interpersonali percepite come sostenibili, ed è assimilabile a una sorta di "campo base" connotato da rassicurazione, protezione e recupero. Gli esperti della montagna che partecipano alle attività mettono a disposizione le loro capacità empatiche, il calore ed il sostegno, la passione e l'abilità di trasmettere conoscenze sulla montagna nelle sue varie dimensioni. L'operatore svolge il ruolo di "facilitatore delle relazioni" tra utenti ed esperti, tra luoghi istituzionali e luoghi aperti. Oltre a condividere attività, sollecita la rielaborazione dell'esperienza, la riflessione ed il confronto sugli eventi e sulle esperienze associate.

L'efficacia degli interventi di montagna terapia è stata però finora poco studiata. Per cominciare a colmare almeno parzialmente questa lacuna ci si è proposti di indagare l'esperienza soggettiva che i pazienti associano alle attività di montagna terapia,

utilizzando riferimenti teorici e strumenti di rilevazione consolidati. Considerando le peculiarità del campione, occorre identificare dimensioni psicologiche la cui valutazione potesse risultare utile all'interno dei piani di trattamento e riabilitativi integrati, inclusa la montagna terapia; inoltre gli strumenti di indagine dovevano essere fruibili da persone con problemi psichici anche gravi.

### *Esperienza ottimale e benessere eudaimonico*

A livello teorico, questo lavoro fa riferimento ai numerosi studi che evidenziano l'utilità di identificare indicatori soggettivi di qualità di vita, integrazione sociale e benessere (Diener, 2000; Veenhoven, 2002). In particolare, analizzare l'esperienza che gli individui associano alle attività quotidiane e le loro modalità di interazione con le opportunità ambientali può evidenziare risorse e potenzialità della persona, enfatizzare carenze e offerte dell'ambiente, e valorizzare l'apporto che il singolo può fornire al proprio contesto culturale (Haworth & Hart, 2007).

Numerosi studi transculturali hanno mostrato che l'individuo coltiva preferenzialmente nell'arco della propria vita un insieme definito di attività, interessi personali e valori, selezionandoli attivamente dall'ambiente (Massimini & Delle Fave, 2000). Questo processo, definito *selezione psicologica* (Csikszentmihalyi & Massimini, 1985), è connesso alla qualità dell'esperienza soggettiva: vengono ricercate e replicate preferenzialmente informazioni ed attività che consentono all'individuo di sperimentare uno stato di coscienza positivo e complesso, il *flow* o *esperienza ottimale* (Csikszentmihalyi, 1975/2000). Tale stato è caratterizzato dalla percezione di elevate opportunità d'azione ambientali (*challenge*) ed adeguate capacità personali (*skill*) nel farvi fronte, nonché da coinvolgimento, concentrazione, controllo della situazione, chiari feedback sulla propria prestazione, obiettivi chiari, assenza di auto-osservazione, motivazione intrinseca e stato affettivo positivo.

In particolare, nel descrivere l'esperienza ottimale gli intervistati enfatizzano il proprio impegno nel fronteggiare opportunità d'azione complesse, e la soddisfazione che deriva dal migliorare le proprie capacità. Ciò ha importanti implicazioni per lo sviluppo individuale. Infatti, l'impegno e la mobilitazione di risorse cognitive si sono dimostrati indicatori utili per prevedere la complessità degli obiettivi futuri di un individuo (Sheldon et al., 2004). In particolare, l'esperienza ottimale è prevalentemente associata alle attività produttive (lavoro e studio), e ad attività di tempo libero strutturate e complesse, quali sport ed attività artistiche che richiedono concentrazione e coinvolgimento, e che supportano l'iniziativa e l'autonomia (Delle Fave & Massimini, 2003).

L'esperienza ottimale gioca pertanto un ruolo chiave nello sviluppo individuale, favorendo il graduale affinamento delle competenze. Tale processo dinamico promuove ciò che da più parti viene definito benessere eudaimonico, le cui componenti fondamentali sono la costruzione di significati ed il perseguimento di obiettivi significativi (Ryan & Deci, 2001; Delle Fave & Massimini, 2004, 2005a).

Muovendo da queste premesse, ci siamo proposte di verificare il ruolo della montagnaterapia come opportunità di esperienza ottimale, indagandone le caratteristiche psicologiche che ne promuovono la coltivazione rispetto ad altre attività quotidiane.

## **Metodo**

### *Campione*

Sono stati coinvolti nella ricerca 54 partecipanti afferenti a 7 servizi psichiatrici italiani che organizzavano 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'A.P.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.

In base alla classificazione ICD 10 (WHO, 1993) tutti i pazienti tranne uno (la cui patologia era classificata come psicosi residua – F IX.7) erano accomunati da diagnosi di schizofrenia (F20), con una prevalenza di schizofrenia paranoide (F20.0, 42%) e di disturbo schizoaffettivo (F 25.9, 18%). Nell'84% dei pazienti la patologia era in fase di cronicità, nel 16% in fase di esordio.

L'85% dei partecipanti erano uomini, in linea con l'incidenza e prevalenza di genere della schizofrenia e con la tipologia di attività; il 61% aveva un'età inferiore ai 40 anni ed il 98% era celibe/nubile. Il 67% dei partecipanti abitava con la famiglia, il 26% in comunità residenziale, il 7% in autonomia. Il 20% dei pazienti non residenziali frequentava regolarmente il centro diurno di riferimento. Il 55% dei partecipanti era disoccupato, il 43% lavorava (26%) o fruiva di una borsa lavoro (17%). Un solo partecipante era studente di scuola superiore.

Coerentemente con l'età media di esordio della malattia psichiatrica, il livello di istruzione prevalente tra i partecipanti era la licenza media inferiore (55%), seguita da diploma di scuola superiore (37%), licenza elementare (4%) e laurea (4%).

### *Procedura*

I partecipanti hanno compilato il *Flow Questionnaire* (Delle Fave et al., 2010), che consente di studiare l'esperienza ottimale, le attività associate e le loro relazioni con la vita quotidiana. Il questionario si apre con tre citazioni che descrivono tale esperienza; 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 era più pervasiva

e intensa, e a descriverne il profilo esperienziale associato su scale Likert 0-8, che valutavano il livello di variabili cognitive (concentrazione, controllo e coinvolgimento), motivazionali (obiettivi chiari, motivazione intrinseca e feedback) ed affettive (piacere, assenza di noia e di ansia), nonché i challenge ambientali e gli skill personali percepiti durante lo svolgimento dell'attività. Tramite le stesse scale era inoltre indagata la qualità dell'esperienza associata ai principali contesti quotidiani: il lavoro, la famiglia, la solitudine. Per gli scopi di questo lavoro, i partecipanti erano anche invitati a descrivere il significato e gli aspetti positivi che caratterizzavano le attività ottimali. Il Flow Questionnaire comprende altre domande non esaminate in questa sede, per le quali si rimanda a Delle Fave et al. (2010).

## **Risultati**

### *Attività ottimali*

Tutti i partecipanti tranne 2 hanno riconosciuto l'esperienza ottimale nella propria vita, e l'hanno associata ad una o più attività. Come mostra la Tabella 1, le attività più citate rientravano nella categoria sport e hobby, all'interno della quale il 68% delle risposte si riferiva alla montagna ed alle attività correlate. Seguivano con percentuali inferiori il lavoro, le relazioni extrafamiliari e la fruizione dei media. Analoga distribuzione di frequenza è emersa per le attività ottimali selezionate: in questo caso non solo la categoria sport ed hobby prevaleva in misura ancora maggiore, ma ben l'80% delle risposte in essa incluse si riferivano alla montagna.

Le uscite in montagna sono state citate tra le attività ottimali dalla maggior parte dei partecipanti residenti in famiglia (70%), e solo dal 36% dei residenti in comunità (36%); tale differenza di distribuzione è risultata significativa ( $\chi^2 = 5,1$ ;  $p < .05$ ). Questo risultato può essere connesso a vari fattori, tra i quali, a nostro avviso, il principale è la fase clinica prevalente in queste due tipologie di pazienti. Le persone residenti in

comunità sono spesso riduci da periodi di crisi, di acuzie e di precarietà, esprimono bisogni di protezione e di assistenza, mostrano minor funzionalità e maggiore difficoltà a sostenere i ruoli sociali. Si può ipotizzare che esse si sentano più vulnerabili nelle attività svolte in contesto extraistituzionale, rispetto ai pazienti ambulatoriali o che frequentano i Centri Diurni. Un altro fattore può essere connesso al contesto familiare. Talora la scelta di inserimento in Centri Residenziali risponde a una necessità di distacco dei pazienti da famiglie conflittuali o con bassa tolleranza. Tale condizione di partenza comporta un complesso lavoro di recupero e implementazione di risorse personali e sociali spesso problematiche.

*Esperienze a confronto: attività ottimali, lavoro, interazioni*

La Tabella 2 mostra la qualità dell'esperienza associata alle attività ottimali selezionate, al lavoro ed al contesto sociale quotidiano (famiglia o comunità). L'item "distrazione dai pensieri negativi" è stato aggiunto per questa ricerca, considerando la specifica necessità dei nostri partecipanti di gestire pensieri intrusivi e disturbanti.

Le attività ottimali non sono state distinte tra montagnaterapia ed altre attività, in quanto non si sono riscontrate differenze statisticamente significative nell'esperienza associata. I punteggi di tutte le variabili confermano peraltro le caratteristiche di positività e complessità dell'esperienza ottimale.

Il confronto tra l'esperienza ottimale e i contesti quotidiani attraverso un paired *t*-test ha messo invece in luce numerose differenze significative. Durante il lavoro i partecipanti hanno riportato valori significativamente inferiori per le variabili piacere ( $t=2,15$ ;  $p<.05$ ), distrazione dai pensieri negativi ( $t=3,28$ ;  $p<.001$ ) e skill ( $t=2,98$ ;  $p<.001$ ), e valori significativamente superiori di desiderio di fare altro ( $t=3,48$ ;  $p<.001$ ), noia ( $t=3,12$ ;  $p<.001$ ) ansia ( $t=3,12$ ;  $p<.001$ ), e difficoltà di concentrazione ( $t =3,36$ ;  $p<.001$ ). Le interazioni familiari e comunitarie sono state associate a valori

significativamente inferiori di coinvolgimento ( $t=2,76$ ;  $p<.001$ ), piacere ( $t=5,07$ ;  $p<.001$ ), challenge ( $t =4,01$ ;  $p<.001$ ), skill ( $t=3,62$ ;  $p<.001$ ), distrazione da pensieri negativi ( $t=5,48$ ;  $p<.001$ ) e concentrazione ( $t=3,35$ ;  $p<.001$ ), nonché a valori significativamente superiori di noia ( $t=5,41$ ;  $p<.001$ ), ansia ( $t=2,58$ ;  $p<.001$ ) e desiderio di fare altro ( $t =5,97$ ;  $p<.001$ ).

#### *Fenomenologia della montagna terapia: aspetti soggettivamente rilevanti*

A tutti i partecipanti è stato inoltre chiesto di evidenziare gli aspetti positivi e significativi delle uscite in montagna attraverso descrizioni libere. Le verbalizzazioni sono state codificate e raggruppate in categorie funzionali. L'ambiente circostante è stato citato nel 40% delle risposte. All'interno di questa categoria la dimensione sociale e relazionale dell'ambiente prevaleva (60%) sulla componente fisica e naturale (40%). Tra gli aspetti significativi dell'ambiente sociale sono emersi in particolare la rassicurazione ed il sostegno del gruppo, privo di connotazioni persecutorie o frustranti: “stare insieme, confrontarmi con gli altri”, “sentire la passione di persone competenti che riescono a trasmettere il piacere dell'andare in montagna”, “uscire dall'emarginazione, dall'isolamento”, provare piacere “perchè sto con altre persone, parlo con altre persone, mi confronto”. In riferimento all'ambiente naturale spiccavano sensazioni fisiche quali “respirare aria buona”, e la dimensione della novità e della scoperta, come “stare a stretto contatto con la natura e le sue meraviglie. Grazie madre natura!” e “scoprire posti nuovi, panorami diversi”.

Nel 28% delle risposte i partecipanti hanno indicato come significativo lo stato emotivo positivo indotto dalle uscite in montagna, con risposte quali “regalarmi migliaia di sensazioni positive”, “liberarmi dall'ansia, dai pensieri negativi, la montagna è vita e rilassa”, “piacere e relax, entusiasmo”, “ritrovare me stesso”, “possibilità di sbloccarmi”, “senso di libertà”.

I challenge e opportunità d'azione proposte dall'attività sono state citate nel 17% delle risposte. I partecipanti hanno enfatizzato l'esercizio fisico e l'impegno: "mettere a disposizione le proprie risorse, tener duro per arrivare alla meta senza mollare", "la montagna non ti regala niente, quello che si vuole raggiungere bisogna guadagnarselo con le proprie forze". Il rimanente 14% delle risposte era variamente distribuito tra categorie, ciascuna con percentuali irrilevanti.

### **Discussione**

Il reperimento di opportunità di azione e di crescita personale ed il grado di abilità percepite nel fare fronte alle sfide quotidiane possono incidere radicalmente sul benessere individuale. In particolare, come i risultati di questo studio suggeriscono, il reperimento dell'esperienza ottimale in attività riabilitative permette di mobilitare risorse individuali verso mete significative per l'individuo e socialmente accettate (Delle Fave & Massimini, 2003, 2005a). Il Flow Questionnaire si è dimostrato utile per cogliere questi aspetti dell'esperienza anche in condizioni di patologia mentale, permettendo di individuare le attività o i contesti in cui ciascun individuo investe preferenzialmente le proprie risorse ed il loro valore per la crescita personale. Le attività più gratificanti per i partecipanti a questo studio sono risultate gli sport – tra cui la montagnaterapia – e gli hobby creativi.

In ambito riabilitativo, l'identificazione di esperienze ottimali e la coltivazione delle attività ad esse associate possono svolgere una funzione di rilievo nel contrastare le situazioni di apatia, potenziale pericolo per la salute mentale (Delle Fave & Massimini, 2005b; Larson, 2000). Esperienze soggettive di vuoto e destrutturazione dello stato di coscienza sono infatti spesso presenti in condizioni psicopatologiche gravi. In tale senso, la possibilità di individuare insieme al paziente attività ottimali, che controbilancino esperienze destrutturate può rappresentare un utile strumento di

riabilitazione e prevenzione (Delle Fave & Bassi, 2007).

## **Conclusioni**

Nell'ottica della promozione dello sviluppo individuale è opportuno non soltanto fornire alle persone attività dotate di elevati challenge, aiutandole così a sviluppare capacità adeguate, ma anche sostenerle nella ricerca di opportunità d'azione soggettivamente significative e nella costruzione delle abilità necessarie attraverso un processo costante e dinamico di interazione individuo-ambiente. Come mostra questo studio, anche in condizioni di salute avverse gli individui possono giungere a coltivare, in modo personale e creativo, abilità e risorse necessarie per preservare o costruire uno stato di benessere soggettivo (Keyes, 2005).

L'analisi dell'esperienza soggettiva consente agli operatori di affrontare le sfide dei trattamenti insieme all'individuo, attraverso una co-costruzione degli interventi. Pertanto, accanto agli interventi tradizionali di tipo farmacologico, psicoterapeutico o educativo, i dati scaturiti da questo studio suggeriscono l'utilità di potenziare in generale la dimensione relazionale delle attività, e favorire il reperimento di esperienze impegnative e gratificanti, come la montagnaterapia. Inoltre è necessario inserire a pieno titolo l'indagine della qualità dell'esperienza individuale, valorizzando l'apporto che il paziente può fornire alla costruzione del proprio benessere. Ciò permetterebbe di personalizzare gli interventi sociosanitari in base alle esigenze ed esperienze dei pazienti, promuovendone efficacia, stabilità e durata.

## **Bibliografia**

- Bello F., Mannu J. & Baroni E.(2008). La riabilitazione psicosociale tra riparazione del danno e promozione della salute:Lo strengths model. *Psichiatria e Psicoterapia* 27, 4, 283-291.
- Bellak A., Mueser T., Gingerich S. & Agresta J. (1997). *Social Skills Training for*

- schizophrenia*. The Guilford Press: New York.
- Borras L., Boucherie M., Mohr S., Lecomte T., Perroud N. & Hunguelet P. (2009). Increasing self-esteem: efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *European Psychiatry* 24 (5), 307-16.
- Brenner H.D. & Pfammatter M. (2000). Psychological therapy in schizophrenia: What is the evidence? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102, 74-77.
- Csikszentmihalyi M. & Massimini F. (1985). On the psychological selection of biocultural information. *New ideas in Psychology*, 3, 115-138.
- Csikszentmihalyi M. (1975/2000). *Beyond Boredom and Anxiety*. Jossey Bass: San Francisco.
- Delle Fave A. & Massimini F. (2003). Optimal experience in work and leisure among teachers and physicians: individual and bio-cultural implications. *Leisure Studies*, 22, 323-342.
- Delle Fave A. & Massimini F. (2003). Making disability into a resource. *The Psychologist* 16, 133-134.
- Delle Fave A. & Massimini F. (2004). Bringing subjectivity into focus: Optimal experiences, life themes, and person-centered rehabilitation. In: *Positive psychology in practice*. (eds. P.A. Linley and S. Joseph), pp. 581-597. Wiley: New York.
- Delle Fave A. & Massimini F. (2005a). The relevance of subjective wellbeing to social policies: optimal experience and tailored intervention. In: *The Science of Wellbeing* (eds. F. Huppert, B. Keverne and N. Baylis), pp.379-404. Oxford University Press: Oxford, UK.
- Delle Fave A., Massimini F. & Bassi M. (2010). *Psychological selection and optimal experience across cultures. Social empowerment through personal growth*. Springer: Dordrecht, The Netherlands.

- Delle Fave A. & Massimini F. (2005b). The investigation of optimal experience and apathy: Developmental and psychosocial implications. *European Psychologist* 10, 264-274.
- Delle Fave A. & Bassi M. (2007). *Psicologia e salute*. UTET Universitaria: Torino.
- Diener E. (2000). Subjective well-being. *American Psychologist* 55: 34-43.
- Ermoli E., Anselmetti S., Bechi M., Cocchi F., Smeraldi E. & Cavallaro R. (2005). Assessment of psychosis in schizophrenia: neuropsychological profile of chronic schizophrenia. *Clinical Neuropsychiatry* 4, 243-249.
- Falloon I., Magliano L. & Morosini P. (1994). *Intervento psicoeducativo integrato in Psichiatria*. Erickson: Trento.
- Fassino S., Daga G.A. (2005). Il modello biopsicosociale in psichiatria. *Psichiatria di comunità* IV: 10-16.
- Guzofski S. & Geller J. (2006). *The biopsychosocial formulation manual: A guide for mental health professionals*. Routledge, New York, 2006.
- Haworth J. & Hart G. (eds) (2007). *Well-being: individual, community and societal perspectives*. Palgrave MacMillan: London.
- Howes O.D., Mc Donald C., Cannon M., Arsenenalut L., Boydell J. & Murray RM. (2004). Pathways to schizophrenia: The impact of environmental factors. *The International Journal of Neuropsychopharmacology* 7, 7-13.
- Keyes C. (2005). Chronic physical conditions and aging: Is mental health a potential protective factor? *Ageing International*, 30, 88-104.
- Larson R.W. (2000). Toward a psychology of positive youth development. *American Psychologist* 55, 170-183.
- Marshall M. & Lockwood A. (2003). *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*. The Cochrane Library, Issue 3: Oxford.

- Massimini F. & Delle Fave A. (2000). Individual development in a bio-cultural perspective. *American Psychologist* 55, 24-33.
- Morlino M. (2004). Lo sviluppo della schizofrenia tra necessità e possibilità: fattori di rischio e di protezione. *Psichiatria di Comunità* III, 139-146.
- Rohricht F., Papadopoulos N., Suzuki I. & Priebe S. (2009). Ego-pathology, body-experience, and body psychotherapy in chronic schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy* 82 (1), 19-30.
- Ryan R.M. & Deci E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology* 2, 141-166.
- Sangiovanni L., Bersani G. & Pancheri P. (2006).L'adattamento premorboso degli schizofrenici: Variabili biologiche, ambientali e caratteriali. *Rivista di Psichiatria* 41, 231-240.
- Saraceno B.(2005).Nuovi paradigmi per la salute mentale. *Psichiatria di comunità* IV, 1-4.
- Scoppola G. (2009). Definizione di Montagnaterapia. [www.sopraimille.it](http://www.sopraimille.it).
- Sheldon K.M., Elliot A.J., Ryan R.M., Chirkov V., Kim Y., Wu C., Demir M. & Sun Z. (2004). Self-concordance and subjective well-being in four cultures. *Journal of Cross-cultural Psychology* 35, 209-22.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research.* (1993). World Health Organization.
- Tsuang M. (2001). Schizophrenia: Genes and environment. *Society of Biological Psychiatry* 47, 210-220.
- Turkington D., Dudley R., Warman M.D. & Beck A.T.(2004). Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: A review. *The Journal of Psychiatric Practice* IV, 223-233.
- Van Winkel R., Stefanis N.C. & Myin-Germeys I.(2008). Psychosocial stress and psychosis: A Review of the neurobiological mechanisms and the evidence for gene-

stress interaction. *Schizophrenia Bulletin* 34, 1095-1105.

Veenhoven R. (2002). Why social polity needs subjective indicators. *Social Indicators Research* 58, 33-45.

Tabella 1. Distribuzione percentuale delle categorie di attività ottimali citate e selezionate dai partecipanti

<b>Attività</b>	<b>% Citate</b>	<b>% Selezionate</b>
Sport e hobby	64	76
Lavoro	11	6
Relazioni extrafamiliari	8	8
Mass-media	7	4
Sfera personale / psicologica	4	2
Cure personali, salute	3	-
Studio	2	2
Impegno sociale, volontariato	1	2
Totale %	100	100
N. risposte	102	52

Tabella 2. Qualità dell'esperienza nelle attività ottimali e nei contesti quotidiani

	Attività Ottimali (N = 52)		Lavoro (N = 32)		Famiglia/ Comunità (N = 50)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Coinvolgimento	5.4	1.5	5.0	2.2	4.5	2.3
Feedback chiari	4.7	1.9	5.0	2.0	4.4	2.2
Desiderio di fare altro	1.2	1.6	2.6	2.3	3.5	2.4
Noia	0.7	1.1	1.9	2.0	2.7	2.3
Difficoltà di concentrazione	2.6	2.0	3.3	2.1	3.1	2.5
Piacere	5.5	1.4	4.8	1.9	4.0	2.0
Distrazione da pensieri negativi	5.3	1.9	4.4	2.0	3.2	2.3
Concentrazione	5.1	1.6	5.2	1.7	3.9	2.2
Ansia	1.5	1.7	2.6	2.4	2.4	2.4
Obiettivi chiari	4.9	1.8	4.8	1.8	4.5	1.9
Challenge	5.4	1.6	4.8	2.1	3.9	2.2
Skill	5.1	1.7	4.4	1.9	4.3	1.9