



Scuola di Scienze della Salute Umana
Corso di Laurea in Educazione Professionale
Anno Accademico 2013/2014

**Montagna e salute mentale:
percorrere insieme il sentiero della possibilità di cura**

Candidata

Chiara Giorgetti

Relatrice

Dott.ssa Ilaria Pepi

Correlatore

Dott. Francesco Risaliti

“Senza fiducia non c’è cammino,
perché senza possedere
esso presuppone
la sua destinazione”.

Tomatis

Indice

INTRODUZIONE	pag.	5
CAPITOLO 1 – LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	»	7
1.1 Il “tenere dentro” e l’“uscire fuori” nella storia della cura psichiatrica	»	7
1.2 La riabilitazione psichiatrica	»	10
1.2.1 I modelli della riabilitazione	»	11
1.2.2 Il cammino riabilitativo	»	12
1.2.3 Le tappe del cammino	»	16
1.2.4 Gli obiettivi: orientarsi sul cammino	»	18
1.2.5 I metodi	»	21
CAPITOLO 2 – MONTAGNATERAPIA E SALUTE MENTALE	»	27
2.1 Montagnaterapia: storia e definizione	»	28
2.2 La montagnaterapia e la riabilitazione psichiatrica	»	33
2.2.1 Perché la montagna?	»	35
2.2.2 La globalità dell’esperienza	»	39
2.2.3 Il gruppo e la relazione in montagna	»	44
2.2.4 Risultati	»	49
CAPITOLO 3 – ESPERIENZE DI MONTAGNATERAPIA	»	53
3.1 Esperienze in Italia e all’estero	»	53
3.1.1 La Comunità Terapeutico-Riabilitativa Montesanto a Roma	»	53
3.1.2 Il progetto “Sopraimille”	»	54
3.1.3 Svizzera	»	56
3.1.4 Spagna	»	57
3.2 L’associazione Andalus de Amistade	»	59
3.3 Camminare, pensare, incontrarsi: “Sentieri di libertà”	»	66
CONCLUSIONI	»	74
Bibliografia	»	77

INTRODUZIONE

La natura, i viaggi e la montagna mi hanno accompagnato fin da piccola e sempre hanno contribuito a far crescere la mia curiosità. Col tempo, si sono intrecciati con altre mie passioni, fino a fondersi anche con l'interesse per il lavoro educativo. Ho sempre collegato quest'ultimo all'idea di apertura: apertura verso l'altro, verso l'esperienza, verso punti di vista diversi, verso nuove possibilità.

Frequentemente – durante il percorso di studi – ho avuto modo di constatare, anche grazie alle esperienze di tirocinio, come il sapere teorico e la pratica possano essere arricchiti dalla particolarità di chi li mette in atto, dalle sue caratteristiche e dalle sue passioni. Ho colto, inoltre, come queste, se percepite dall'altro, spesso siano in grado di contagiare.

Una conferma a questo l'ho trovata scoprendo i progetti di montagnaterapia. Ad ottobre dello scorso anno, ho partecipato al convegno “Disabilità e montagna”, nell'ambito dell'iniziativa “Montagne per passione” che, a Sesto Fiorentino e a Firenze, celebrava il 150° anno di fondazione del C.A.I. (Club Alpino Italiano). Qui ho avuto modo di vedere filmati ed ascoltare racconti di psichiatri, educatori e volontari che utilizzano, tra le altre attività riabilitative rivolte ai propri utenti, un approccio che prevede esperienze nell'ambiente montano. Rimasta colpita dagli interventi, ho iniziato a fare ricerche per conoscere meglio questi progetti. Ho intravisto subito, nella montagnaterapia, un canale privilegiato attraverso il quale poter fare il mio lavoro.

L'interesse e l'entusiasmo che avevo inizialmente verso l'argomento hanno caratterizzato anche i miei successivi approfondimenti e le esperienze fatte, che hanno colmato ed impreziosito le mie conoscenze. Il convegno itinerante “Sentieri di Libertà” mi ha permesso, in maniera particolare, di sperimentare in maniera diretta ciò che avevo letto, visto, ascoltato.

La prima parte dell'elaborato ripercorre i tratti salienti della storia della psichiatria ed approfondisce la tematica della riabilitazione. Essa nasce dall'esigenza di approcci – finalizzati al recupero di capacità e alla reintegrazione nell'ambiente da parte del soggetto – capaci di guardare alla persona e non solo alla sua malattia mentale.

Il processo riabilitativo può essere paragonato ad un cammino: coinvolge attivamente il soggetto, ha delle tappe, dei metodi e alcuni principi per orientarsi, ma necessita di una grande flessibilità. L'educatore professionale è una delle figure che può accompagnare l'individuo in questo percorso.

Il secondo capitolo tratta nello specifico l'approccio della montagnaterapia. Sono illustrate le circostanze che hanno caratterizzato la sua diffusione nel campo della riabilitazione, fino ad arrivare alla definizione che ne viene data nel 2007. Nell'ambito della Salute Mentale, l'impiego della montagna per l'attività riabilitativa prende avvio dall'osservazione della corporeità degli individui affetti da patologia psichiatrica. Molti progetti nascono, comunque, anche grazie alla passione degli operatori per la montagna. L'utilizzo di un setting non tradizionale permette agli utenti di uscire dalle strutture e consente loro di incontrare altre persone, scoprendo che c'è altro al di là di ciò che conoscono. Il soggetto si riattiva vivendo un'esperienza che coinvolge corpo e mente, capacità e limiti personali.

Nella terza sezione del lavoro, vengono prese in esame alcune delle realtà italiane ed europee che portano avanti progetti di montagnaterapia in ambito psichiatrico: di esse vengono messe in luce la storia e le attività. Il secondo paragrafo fa riferimento, nello specifico, all'esperienza del gruppo del Centro di Salute Mentale dell'ASL di Sanluri in Sardegna. L'elaborato si conclude sottolineando l'importanza dell'integrazione sociale degli individui in vista dei fini riabilitativi, attraverso il racconto dell'esperienza di "Sentieri di Libertà", convegno nazionale itinerante che ha fatto incontrare i gruppi italiani di montagnaterapia tra loro e con le comunità sarde.

CAPITOLO 1

LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1946 definisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale. Con tale definizione si arriva ad una connotazione più ampia del concetto di "salute": essa non è solo assenza di malattia, ma è interconnessa con le diverse dimensioni della vita dell'individuo.

La salute mentale viene, così, ad assumere un ruolo centrale. Essa è considerata come uno stato di benessere emotivo e psicologico grazie al quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive ed emozionali, avere un atteggiamento creativo e produttivo verso la propria esistenza, rispondere alle esigenze della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni.

Con la nuova concezione di salute anche il modello di malattia mentale cambia, non includendo solo i sintomi ma anche l'incapacità di svolgere gli ordinari ruoli sociali e la limitazione o l'assenza di scelte che incide su questi. Quindi, dall'iniziale idea secondo cui la patologia psichica precludeva la crescita e lo sviluppo della persona, si arriva a concepirla come uno stato di difficoltà e tensioni psichiche, prolungato nel tempo, che incide sulla vita dell'individuo e del suo sistema familiare. Per questo, i trattamenti sono ad oggi maggiormente finalizzati a reinserire il soggetto nel tessuto sociale e ad accompagnarlo nella quotidiana convivenza con la malattia.

1.1 IL "TENERE DENTRO" E L'"USCIRE FUORI" NELLA STORIA DELLA CURA PSICHIATRICA

Nel 1904, con molto ritardo rispetto agli altri stati europei, viene promulgata in Italia la prima legge in tema di malattia mentale. Essa istituisce i manicomi, con l'obiettivo di custodia dei malati mentali: coloro che manifestano comportamenti pericolosi o di

pubblico scandalo vengono reclusi per difendere l'ordine sociale. I concetti di riferimento della psichiatria del tempo sono quelli di irrecuperabilità, incomprendibilità e pericolosità. “La follia veniva, di fatto, omologata ad una barbarie che, come tale, doveva essere posta nell'impossibilità di comunicare con il mondo civile”¹. Gli “alienati”, come vengono chiamati, spogliati della propria identità e privati dei propri diritti civili, rimangono anno dopo anno inattivi, privi di stimoli e responsabilità, costretti all'immobilità di una vita quotidiana senza tempo. Negli anni Trenta si passa da una modalità esclusivamente custodialistica ad una possibilità terapeutica, sempre però all'interno di strutture istituzionali.

Nella seconda metà del secolo scorso – per il diffondersi di nuove teorie – il modo di concepire la malattia mentale muta profondamente: da una visione organicistica si arriva ad un'altra, che la considera dipendente dall'insieme delle condizioni in cui si sviluppa. Anche la situazione esistenziale del soggetto inizia, quindi, ad essere presa in considerazione nell'analisi della patologia.

Con la legge 431 del 1968 la funzione dell'istituzione manicomiale cambia e gli obiettivi terapeutici vengono messi in primo piano. Un punto molto importante di questa è quello riguardante l'abolizione dell'iscrizione al casellario giudiziario, per cui le malattie mentali cessano di essere considerate un crimine.

Il cammino è lento e incontra numerosi ostacoli: solamente alla fine degli anni Settanta si giunge ad un vero cambiamento nell'approccio alla malattia mentale. La contestazione psichiatrica, le riflessioni critiche degli operatori del settore e alcuni dibattiti parlamentari portano all'approvazione della legge 13 maggio 1978, n.180. Questa è fortemente ispirata all'esperienza di Franco Basaglia, il maggior esponente italiano del movimento di rinnovamento strutturale della psichiatria e di smantellamento del manicomio e direttore degli ospedali psichiatrici di Trieste e Gorizia.

I punti fondamentali della legge 180 sono:

- il superamento degli ospedali psichiatrici e il loro smantellamento
- l'integrazione dell'assistenza psichiatrica nel SSN

¹ Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Milano, Franco Angeli, 2003, p. 18.

- l'introduzione della continuità terapeutica organizzata a livello territoriale con la previsione di idonee strutture di assistenza a tempo parziale: CPS, CIM, CSM, Day Hospital, Centri Diurni, ecc.

La presa in carico e la gestione del problema viene affidata ai servizi di natura dipartimentale e alla comunità: diviene quindi infondata l'esclusione sociale del paziente.

- la limitazione del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) alle situazioni in cui sono presenti le seguenti condizioni: a)una patologia psichiatrica diagnosticata; b)la necessità di un intervento terapeutico; c)il rifiuto del soggetto a sottoporvisi; d)l'impossibilità a somministrare le cure altrove che non nei presidi di competenza (il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura).

La struttura psichiatrica smette di essere concepita come un ricovero per individui pericolosi, inguaribili e destinati a niente se non all'isolamento e al controllo. La degenza ha – adesso – un obiettivo educativo che guarda alla risocializzazione del paziente: è il reinserimento sociale la modalità più efficace di intervento terapeutico. In sostanza, viene abbandonata la via della separazione e dell'emarginazione del soggetto affetto da malattia mentale per prendere la via dell'integrazione e del reinserimento sociale della persona. Per un approccio fondato sulla convivenza il territorio diviene il luogo privilegiato. Nell'approccio alla malattia mentale, l'aspetto terapeutico-riabilitativo viene a ricoprire un ruolo primario.

È proprio in questa situazione di grandi cambiamenti – con l'allargamento dell'operatività sul territorio – che inizia a prendere forma e a delinearsi sempre di più la figura dell'educatore, ma soprattutto è in questo periodo che nasce la riabilitazione. Essa “poggia il suo fondamento sulla convinzione che il malato mentale possa riacquisire e sviluppare capacità perdute, recuperare ruoli familiari e sociali, reintegrarsi nella vita di comunità, riacquisendo così il diritto di essere persona”².

Un approccio precorritore della riabilitazione prende vita proprio nell'esperienza manicomiale. All'inizio dell'Ottocento, Philippe Pinel libera i malati mentali dalle catene che li imprigionano, istituendo il “trattamento morale”. Egli ritiene che tali individui – ricoverati nei manicomi – debbano essere curati, cercando di recuperare

² Ivi, p. 20.

le emozioni e le capacità intellettive di cui sono ancora dotati. Nonostante le numerose contraddizioni e l'assenza di uno spazio per la reintegrazione, la cura morale guarda all'occupazione, all'educazione e al rapporto dell'individuo con l'ambiente.

Si tratta, comunque, più di una forma di intrattenimento – in quanto “tenere dentro” – diretta a migliorare le condizioni di vita all'interno del manicomio.

1.2 LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Quando la malattia mentale inizia ad essere considerata una fase dell'esistenza del soggetto, la sua evoluzione assume i caratteri di un processo flessibile e dinamico che non necessariamente porta ad un deterioramento. La convinzione secondo cui la persona malata è tutta e solo malattia inizia ad essere demolita: la patologia è una condizione che deve essere inquadrata nella più ampia e complessa personalità dell'individuo. È in questo momento che si fa spazio la necessità di nuove tipologie di trattamento e nasce la riabilitazione.

Il pensiero di base intorno a cui questa ruota è che – nonostante il disagio psichico, la sofferenza e le disabilità indotte dalla malattia – l'individuo può riacquisire e sviluppare capacità che gli consentono un'efficace integrazione nel proprio ambiente. Facendo leva sulle parti sane della persona, la riabilitazione si concentra quindi sul trattamento delle conseguenze disabilitanti del disturbo mentale, piuttosto che sulla patologia in sé .

“Se non limitiamo l'intervento ad un fare medicalizzato e non lo costringiamo entro schemi rigidi di teoria e di prassi, se siamo capaci di prendere in considerazione tutti gli aspetti umanistici e psicosociali implicati nel lavoro con il malato mentale, allora dobbiamo pensare di fare riferimento a un tipo di approccio integrato, costruito su un impianto teorico tale da consentire elasticità, modulazione e adattabilità”³.

Il pensare e il fare riabilitativi raccolgono un ampio corpus di conoscenze e, nel tempo, hanno esteso la loro area di interesse a tutti i principali spazi di vita dell'individuo, facendo ricorso a molte tecniche e a differenti modelli. Nel suo

³ Ivi, p. 28.

cammino, dunque, la riabilitazione è arrivata ad essere un intervento specifico per una presa in carico globale della persona e del suo disagio. Essa costituisce una *forma mentis* che attraversa tutta l'organizzazione assistenziale e terapeutica, che si traduce nel recupero di una soggettività in cui può essere scoperta e accolta la dimensione umana della sofferenza, attraverso il dialogo e l'incontro.

Comunque, è bene sottolineare che l'intervento riabilitativo è complementare alle altre forme di trattamento eventualmente messe in atto: il trattamento farmacologico, gli interventi psicodinamici, la terapia cognitivo-comportamentale, la riabilitazione cognitiva e l'intervento psicoeducazionale. Quest'ultimo può essere rivolto sia all'utente sia alla sua famiglia, con l'obiettivo di fornire le informazioni e il supporto necessari per convivere con la malattia e affrontare i problemi quotidiani.

1.2.1 I MODELLI DELLA RIABILITAZIONE

Tra i numerosi modelli teorici che hanno guidato e guidano l'agire riabilitativo, la metodologia che ha costituito il principale riferimento della mia esperienza formativa e del presente lavoro è il modello Spivak.

L'obiettivo di tale modello riabilitativo è quello di contrastare il cammino della persona verso la cronicità. Ripetuti fallimenti conducono il soggetto affetto da malattia mentale ad un progressivo isolamento sociale: le cause degli insuccessi non sono rappresentate solamente dalle incapacità dell'individuo, ma anche da reazioni inadeguate dell'ambiente. Questo – con le sue richieste – costituisce un'ulteriore barriera, contribuendo ad incrementare sia la cronicità sia l'isolamento della persona. Il lavoro riabilitativo deve mirare, allora, ad identificare le reali problematiche del soggetto e a sviluppare le sue competenze sociali utili per rispondere in modo adeguato ai propri o altrui bisogni. Secondo il modello Spivak, l'attenzione è da porre principalmente sull'espletamento dei ruoli sociali con successo, anche in presenza di sintomi, e non la stabilizzazione di questi⁴.

⁴ Cfr. Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Milano, Franco Angeli, 2006.

1.2.2 IL CAMMINO RIABILITATIVO

Il lavoro riabilitativo si organizza attorno ad una serie di valori ben definiti. Un elemento che, tuttavia, non può mancare nell'attività nel campo della riabilitazione è la flessibilità. Questa permette di uscire da una logica necessariamente basata su priorità definite dall'operatore e di entrare in un'ottica che ha interesse per il punto di vista e la storia dell'utente e cerca di comprenderli.

La persona con disabilità psichiatrica non deve adattarsi ad un programma stabilito a priori, ma essere con l'operatore co-costruttore del proprio processo riabilitativo: è questa la molla del suo percorso di crescita. Il professionista, quindi, deve sì avere come riferimento i principi fondamentali della riabilitazione, ma deve essere capace di renderli concreti e animarli, adattandoli a ciò che avviene nella pratica del suo lavoro quotidiano con e per la persona.

Come in un cammino, nel lavoro riabilitativo in psichiatria sono presenti elementi di dinamicità e flessibilità. Può rivelarsi, quindi, utile la capacità di affrontare gli imprevisti e, con essa, la disponibilità a fermarsi, a tornare indietro sui propri passi o a cambiare direzione se necessario: ad accettare, in sostanza, il passo di chi è con noi.

La visione globale della persona costituisce il primo principio del lavoro riabilitativo. Rivolgendosi alle parti sane del soggetto, questo deve innanzitutto cercare di raggiungere la persona che è dietro la patologia e riconoscerne l'esistenza. L'individuo non deve essere considerato un "caso" ma un essere umano con un disturbo mentale, visto nella sua interezza: con i suoi desideri, i suoi interessi, le sue emozioni, le sue paure e le sue speranze. Questo sguardo rende possibile il riconoscimento dell'unicità di ogni utente, la valorizzazione delle soggettività e delle differenze da parte degli operatori, nonché la formulazione di progetti personalizzati. Gli individui inseriti nei programmi di riabilitazione psichiatrica frequentemente hanno, alle spalle, una storia di fallimenti sia a livello personale sia a livello sociale. Iniziano, così, a ritirarsi dai compiti che hanno causato gli insuccessi e dalle relazioni eccessivamente impegnative, restringendo il loro spazio di vita ed evitando situazioni che potrebbero risultare gravose e deludenti. Sono convinti che agire significa fallire di nuovo, per la mancanza delle competenze e delle motivazioni adeguate per agire con successo. Tale convinzione si cristallizza sempre di più, e con essa l'idea che i soggetti hanno di essere persone che non possono cambiare: tutto questo va ad

interferire in maniera significativa con i loro obiettivi di vita e con la qualità della loro esistenza⁵.

Per proteggersi da ulteriori ferite e frustrazioni, le persone con disabilità psichiatrica divengono alienate, desocializzate e disconnesse dal proprio sé, dagli altri, dall'ambiente e dai valori esistenziali. Si tratta di individui che fanno grande difficoltà ad agire coerentemente con i propri sentimenti e valori e, di conseguenza, a seguire una direzione e a tendere a scopi definiti. Vivono inoltre una condizione di solitudine per carenza di abilità, possibilità e supporti. Questa è la descrizione che ne dà Spivak, il cui modello di riabilitazione psichiatrica ha come obiettivo principale quello di ristabilire le connessioni che il soggetto non possiede e non sente più, cioè quello di invertire e neutralizzare la "spirale viziosa"⁶. Spivak chiama così il processo bidirezionale tra individuo e ambiente che ha come risultato la cronicità: questa non è una caratteristica intrinseca della patologia, ma la risultante dei diversi fattori che sono in gioco nel suddetto processo⁷.

Gabriella Ba scrive che nella sofferenza psichica il rapporto con la realtà è profondamente alterato nei suoi parametri fondamentali: il tempo, lo spazio e la relazione⁸.

Il tempo vissuto dalla persona con malattia mentale è un tempo immobile e senza futuro, vuoto e ripetitivo, in cui il desiderio si annulla e la dimensione dell'attesa non esiste: non è possibile pensare ad un cambiamento e ad un progetto. Diventa fondamentale, allora, restituire all'utente la possibilità di recuperare i desideri e l'attesa per ritrovare una progettualità e la capacità di indirizzarsi verso qualcosa. Lo spazio spesso diviene rigido, senza sfumature e contorni. L'individuo ha difficoltà a riconoscere i confini tra sé e il mondo esterno, tra la realtà e la fantasia.

⁵ Cfr. Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Milano, Franco Angeli, 2006, pp. 77 e sgg. e Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Milano, Franco Angeli, 2003, pp. 25 e sg.

⁶ Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Milano, Franco Angeli, 2006, p. 97.

⁷ Cfr. *ivi*, pp. 37-40.

⁸ Cfr. Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Milano, Franco Angeli, 2003, p. 30.

Il soggetto trova spesso, infine, una profonda difficoltà ad accedere ad una dinamica relazionale e sociale. Anche per questo motivo, gli aspetti di relazione sono tra i fattori più importanti per il lavoro riabilitativo e per il suo andamento⁹.

La relazione di fiducia e di *partnership* con l'utente è la premessa di ogni attività riabilitativa e l'attività riabilitativa per eccellenza al tempo stesso. Il coinvolgimento della persona a cui l'intervento è rivolto è fondamentale, in quanto il percorso di riabilitazione deve essere o diventare desiderato sia dall'operatore che dall'utente e portato avanti insieme. Instaurare un rapporto basato sull'interesse, sul riconoscimento reciproco e sul rispetto è il primo passo per questo.

La comprensione dell'altro – come persona colta nella dimensione relazionale dell'incontro – deve essere empatica, pertanto l'operatore deve essere in grado di percepire i sentimenti e i significati personali dell'altro e comunicare ciò. Spivak, riferendosi alla relazione tra operatore ed utente, parla di “interazione (ri)socializzante”¹⁰: il termine “interazione” si riferisce al processo reciproco che esiste tra individuo e ambiente; l'aggettivo “(ri)socializzante” al fatto che la relazione ha l'obiettivo di contrastare la “spirale” della desocializzazione e riavvicinare l'individuo al contesto.

Affinché la relazione costituisca uno strumento realmente efficace, è necessario che sia caratterizzata da alcune dimensioni interazionali: il supporto, che permette di accogliere la persona così com'è; la disconferma delle aspettative basate sulle esperienze passate; l'induzione di prospettive; la gratificazione per i comportamenti socializzati. Aggiunta a queste c'è la permissività che, consentendo l'espressione di comportamenti devianti, contribuisce a creare un'atmosfera di accettazione e a rompere gli schemi cronici di fallimento e di rifiuto¹¹.

La scuola di Boston indica – tra le competenze essenziali per una relazione affidabile con gli utenti – anche quella per cui l'operatore svela alcuni aspetti del proprio modo di pensare e sentire. Questo può essere importante, ad esempio, nei casi in cui l'individuo affronta esperienze nuove ed è convinto di farlo in maniera anomala

⁹ Cfr. *ivi*, pp. 30 e sgg.

¹⁰ Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Milano, Franco Angeli, 2006, p. 159.

¹¹ Cfr. *ivi*, pp. 160 e sg.

rispetto a come farebbero gli altri. In questo tipo di situazione, sapere che l'operatore in condizioni simili ha pensato e sentito nella stessa maniera gli permette di rispecchiarsi in un modello esterno e di capire che le proprie reazioni emotive sono comuni ad altre persone. Anche l'accompagnamento dell'utente nelle attività fisiche può essere importante: lo stare in sua compagnia può essere per l'operatore un'occasione per stabilire con lui un contatto più intellettuale o emotivo¹². È importante, comunque, che la relazione venga allargata anche ai microgruppi e gruppi significativi del soggetto – primo fra tutti la famiglia – anche per una conoscenza più completa della persona.

Il fine ultimo di ogni programma riabilitativo è l'incremento della capacità del soggetto di agire con successo in un determinato ambiente: ne risulta che questo costituisce un importante punto di riferimento in ogni momento dell'intervento riabilitativo.

L'ambiente è una delle variabili legate alla psicosi e alla cronicità. Nel rapporto tra la persona con disabilità psichiatrica e l'ambiente è da considerare – come sottolinea Wing – il ruolo delle istituzioni. Queste possono rinforzare l'idea di inferiorità già presente nel soggetto, contribuendo ad aumentarne il livello di desocializzazione¹³. L'ambiente circostante, quindi, potenziando i sentimenti di fallimento e di impotenza, spesso mina le abilità relazionali già deboli dell'utente: è nel contrastare questo processo che agisce la riabilitazione.

La reintegrazione del soggetto nella comunità avviene grazie al recupero e l'espletamento di un ruolo sociale e all'acquisizione delle competenze necessarie. Queste comprendono sia le potenzialità naturali e intellettuali dell'individuo sia le abilità acquisite, quindi tutti quei comportamenti che vengono riattivati dalla socializzazione e che vanno a sostituire quelli caratteristici della psicosi. Un intervento riabilitativo, perché sia efficace, richiede cambiamenti anche nella comunità¹⁴: occorre che l'occhio di chi lavora nell'ambito della riabilitazione psichiatrica analizzi le eventuali carenze e disfunzioni del contesto familiare, della

¹² Cfr. *ivi*, pp. 150 e sgg.

¹³ Cfr. *ivi*, p. 36.

¹⁴ Cfr. *ivi*, p. 54.

rete sociale e dei servizi, nonché le risorse che questi potrebbero attivare per costituire un supporto allo sviluppo delle abilità e alla crescita del soggetto.

1.2.3 LE TAPPE DEL CAMMINO

Il processo riabilitativo è suddiviso in fasi organizzate in diverse attività, ognuna con uno scopo definito funzionale al raggiungimento dell'esito generale del trattamento.

- Valutazione della disponibilità al cambiamento. La disponibilità al cambiamento riflette la prontezza dell'individuo alla riabilitazione, varia nel tempo ed è dipendente dall'obiettivo riabilitativo. La sua valutazione permette di comprendere se e in che misura nel soggetto sono presenti il bisogno di cambiamento, l'impegno al cambiamento, la disponibilità ai legami, la consapevolezza di sé, la consapevolezza degli ambienti. Perché avvenga un cambiamento, è fondamentale anche l'accettazione del problema da parte della persona: poiché è molto difficile riconoscere la presenza di sintomi psichiatrici, spesso nei soggetti c'è la tendenza a lasciarli avanzare fin quando diventano così gravi da non poter essere più ignorati.
- Sviluppo della disponibilità al cambiamento. Se l'utente non si dimostra pronto al cambiamento, vengono pianificati una serie di interventi, in grado di rafforzare la motivazione dell'individuo a espletare un ruolo valido nella comunità e aiutarlo a superare gli ostacoli incontrati nel processo riabilitativo.
- Definizione dell'obiettivo riabilitativo. È essenziale individuare una finalità che sia condivisa tra operatore ed utente. Questo deve assumere un ruolo centrale – soprattutto nello stabilire gli obiettivi del proprio trattamento – anche per riconquistare un senso di maggiore valore personale e mantenere l'alto livello di impegno che la riabilitazione richiede.

Esistono anche finalità comuni a tutti i progetti riabilitativi: pur guardando alla specificità di ogni individuo, essi devono mirare allo sviluppo di una relazione significativa, all'aumento del senso di identità e dell'autostima del soggetto, alla restituzione di una temporalità alla malattia psichica, all'utilizzo delle risorse ambientali per la graduale separazione dalla struttura riabilitativa.

- Valutazione del funzionamento. La valutazione del funzionamento è necessaria per analizzare la presenza di abilità adeguate per avere successo e soddisfazione nell'ambiente scelto. Oltre alle aree problematiche, devono essere colte anche le potenzialità sane della persona e le risorse dell'ambiente: queste possono essere rappresentate, ad esempio, da luoghi, oggetti, attività. Tramite la valutazione delle risorse è possibile verificare la presenza delle condizioni che rendono realizzabile il cambiamento e il cammino riabilitativo dell'utente.
- Sviluppo delle abilità. In questa fase l'operatore aiuta il soggetto ad acquisire ed utilizzare in maniera adeguata le competenze deficitarie. Tra i principali metodi utilizzati ci sono il *Direct Skill Teaching*, un intervento che coinvolge l'utente in prima persona nel suo processo di apprendimento, e le Attività di Gruppo di Competenza Sociale, in cui le abilità vengono apprese in contesti gruppalì.
- Programmazione dell'uso delle abilità. In quest'ultima fase il soggetto diventa capace di applicare le abilità apprese ogni volta che se ne presenti la necessità, anche in circostanze diverse rispetto a quelle dove le ha acquisite.¹⁵

Per ogni progetto riabilitativo la strutturazione iniziale costituisce solo il punto di partenza: non è possibile, infatti, definire a priori i tempi di conseguimento degli obiettivi specifici e delle tappe intermedie previsti, poiché questi dipendono dalla motivazione del paziente, dalle sue possibilità e dalle risorse disponibili. Diventa, per questo motivo, fondamentale un lavoro di verifica costante che accompagni il processo riabilitativo lungo tutta la sua durata. L'operatore deve valutare periodicamente l'andamento del processo, i risultati raggiunti e le risorse e le difficoltà presenti.

¹⁵ Cfr. *ivi*, pp. 95-147 e Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Milano, Franco Angeli, 2003, pp. 44-55.

1.2.4 GLI OBIETTIVI: ORIENTARSI LUNGO IL CAMMINO

Saraceno ha definito la riabilitazione come “l’insieme degli interventi diretti ed indiretti che rappresentano gli strumenti utili al recupero dell’interazione con la realtà circostante, attraverso però un effettivo recupero della gestione del proprio potere contrattuale materiale ed affettivo”¹⁶.

L’agire riabilitativo considera la persona un soggetto presente e partecipe alla propria cura. Pone particolare attenzione, più che alla soddisfazione dei bisogni dell’individuo, allo sviluppo in questo delle risorse necessarie a farlo da sé. La riabilitazione – guardando alla meta del miglioramento della qualità di vita del singolo e al suo reinserimento nell’ambiente – attiva, in sostanza, processi di cambiamento finalizzati ad accrescere il potere contrattuale della persona, la sua autonomia e il suo senso di responsabilità verso se stessa e verso gli altri. Sono questi i punti di riferimento che permettono di orientarsi lungo il cammino della riabilitazione.

Ogni trattamento riabilitativo deve favorire nel soggetto un incremento dell’*empowerment*. Questo non è soltanto un punto di riferimento o una meta verso cui spingersi, ma anche un processo continuo di evoluzione e di sviluppo che, a sua volta, contribuisce ad accelerare il raggiungimento degli esiti riabilitativi e aiuta il loro mantenimento una volta raggiunti.

L’*empowerment* ha a che fare con l’aumento dell’autostima, della capacità contrattuale e dell’autonomia dell’individuo, elementi cruciali perché questo si riappropri consapevolmente del proprio potenziale e intraprenda azioni che migliorano la propria condizione. È anche grazie a questo che il soggetto viene ad assumere un ruolo sempre più centrale nel suo percorso. Essere informati, avere facoltà di decidere in prima persona le opzioni più vantaggiose all’interno di una gamma e realizzarle grazie alla possibilità di accesso alle risorse sono tutti elementi che contribuiscono allo sviluppo dell’*empowerment* e a loro volta influenzati da questo¹⁷. Per i soggetti con disabilità psichiatrica l’*empowerment* implica anche un cambiamento delle relazioni con le istituzioni e con la società: gli individui

¹⁶ Ferrara M., Germano G., Archi G., *Manuale della riabilitazione in psichiatria*, Milano, Il Capitello, 1990, p. 13.

diventano più capaci di produrre cambiamenti e – avendo consapevolezza dei propri diritti – di influenzare l'ambiente, i soggetti e le organizzazioni che possono condizionare la propria vita.

Con l'aumento dell'*empowerment* le persone affrontano con maggior fiducia le barriere sociali per raggiungere i propri obiettivi, arrivando ad ottenere un personale spazio nel tessuto sociale esterno in cui identificarsi e realizzarsi.

Intrecciati all'*empowerment*, ma anche legati tra loro, sono altri due importanti punti di riferimento della riabilitazione psichiatrica: l'autonomia e la responsabilità.

Spesso il soggetto si trova in una condizione di *impasse* rispetto alla soluzione autonoma dei propri problemi ed è l'operatore che deve sollecitarlo a ricercare dentro di sé le risorse per affrontarli. Ciò non è facile, soprattutto quando la persona non si riconosce potenzialità, capacità e motivazioni.

L'autonomia cresce con il potere contrattuale e con l'autoregolazione del soggetto, vale a dire la capacità di dirigere la propria condotta. Per tutto questo è importante un rafforzamento del senso di autocontrollo: attraverso la conoscenza dei propri limiti e delle proprie risorse, la persona impara a riflettere sulla propria attività mentale e a regolarla e influenzarla con nuove strategie di risoluzione dei problemi. Tutti questi sono processi che vedono l'individuo diventare sempre più protagonista attivo – interessato e coinvolto – di ciò che sta vivendo.

L'autonomia è riferita, oltre che all'acquisizione di identità e di un ruolo di vita all'interno di un contesto sociale, anche alla relazione tra operatore ed utente. Nella relazione di aiuto sono simultaneamente presenti la libertà e l'illibertà, l'autonomia e l'eteronomia. L'operatore rappresenta una guida che l'individuo può utilizzare per incrementare le proprie competenze e costruire la propria autonomia dal processo che ha stimolato forme di cambiamento¹⁸.

Un altro elemento da tenere presente muovendosi nell'ambito della riabilitazione psichiatrica è la responsabilità. Responsabile è, per definizione, colui che risponde delle proprie e/o altrui azioni. Tra autonomia e responsabilità esiste uno stretto

¹⁷ Cfr. Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Milano, Franco Angeli, 2006, pp. 275-277, 361-381.

¹⁸ Tramma S., *L'educatore imperfetto. Senso e complessità del lavoro educativo*, Roma, Carocci Faber, 2008, p. 72.

rapporto reciproco: se è arrivando ad essere autonomo nelle scelte che l'individuo sente la responsabilità, è altrettanto vero che è l'essere responsabile a garantirgli una reale autonomia.

Nel cammino riabilitativo l'utente deve essere aiutato a guardare alla responsabilità e a tirare fuori le potenzialità che lo rendano consapevolmente responsabile, capace di scegliere le alternative più adeguate per le proprie necessità e preferenze tra le svariate opzioni che le situazioni della vita presentano.

La riabilitazione può permettere al soggetto di arrivare a controllare i sintomi, a recuperare le capacità per vivere indipendentemente, socializzare e gestire la vita quotidiana, ma soprattutto ad accettare i propri limiti.

Per concludere, è importante mettere in evidenza che il cammino riabilitativo non ha come obiettivo la *restituito ad integrum* con il raggiungimento dei livelli di funzionamento precedenti la comparsa del disturbo mentale, ma l'instaurarsi di un nuovo equilibrio e di nuovi comportamenti che rendano la vita della persona soddisfacente nonostante le limitazioni¹⁹.

Uno dei protagonisti della riabilitazione è l'educatore professionale, inserito nel 1984 nel Servizio Sanitario Nazionale come riabilitatore che cura il recupero e "il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà"²⁰.

Il D.M. Sanità 520/1998 lo definisce come colui che "attuа specifici progetti educativi e riabilitativi [...] volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo-relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana"²¹. Il lavoro dell'educatore professionale è mirato al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti che si trovano in condizioni di disagio psico-fisico. Parte dalla comprensione delle risorse presenti nella persona ed individua interventi che possano potenziarle: per fare questo è necessario riconoscere le caratteristiche peculiari dell'individuo. Successivamente definisce gli obiettivi riabilitativi adeguati ed individua strumenti idonei al loro raggiungimento.

¹⁹ Cfr. Anthony, 2003 in Carozza P. , *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*. Milano, Franco Angeli, 2006, p. 362.

²⁰ D.M. Sanità, 8 ottobre 1998, n. 520, Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 28 aprile 1998, n. 98, art. I.

²¹ Ibidem.

L'educatore – aiutando gli individui a crescere e a sviluppare la propria identità – si fa catalizzatore del cambiamento²², agendo direttamente attraverso la condivisione di spazi, tempi e attività e strutturando contesti di vita nei quali i cambiamenti auspicati possono realizzarsi.

Il lavoro educativo è basato sulla centralità del soggetto, considerato nella sua globalità: questo fa sì che non venga enfatizzata una sola dimensione umana a scapito delle altre e che l'intervento non risulti parcellizzato. L'educatore deve guardare anche agli ambienti di vita della persona, ai suoi rapporti con questi e alle dimensioni collettive in cui essa trascorre parte della sua vita. Il lavoro educativo è, quindi, anche un lavoro sul territorio, che guarda alla rete sociale dell'individuo e alle risorse che possono essere impiegate per produrre cambiamenti. Lo strumento principale nelle mani dell'educatore professionale è la relazione educativa. Senza di essa diventerebbe impossibile dar seguito alle intenzioni educative ed aspirare ad ottenere i cambiamenti. Per questo, l'elemento relazionale deve essere oggetto di perseverante razionalizzazione, di continua mediazione e di costante problematizzazione da parte dell'operatore. La relazione educativa è caratterizzata da una certa asimmetria tra i due attori, in particolare nelle aree della consapevolezza e della responsabilità: l'operatore ha la consapevolezza del carattere educativo della relazione e della molteplicità di variabili che la caratterizzano e la responsabilità per il futuro del soggetto²³.

Gli obiettivi principali del lavoro dell'educatore sono l'autonomia e la responsabilità. Il lavoro educativo può essere considerato come un'esperienza di emancipazione alla fine della quale il potere torna alla persona, che riscopre la fiducia nel valore positivo della propria esistenza.

1.2.5 I METODI

Per gruppo si intende generalmente un insieme di individui che hanno un interesse e uno scopo condiviso. La dimensione grupppale rappresenta un elemento fondamentale

²² Cfr. Tramma S., *L'educatore imperfetto. Senso e complessità del lavoro educativo*, Roma, Carocci, 2008, pp. 69 e sg.

²³ Ivi, pp. 89-94.

della società umana e ed è centrale in buona parte della nostra esperienza di vita. Lewin, studiando la dinamica dei gruppi, chiama “campo” la totalità di fatti – reciprocamente interdipendenti – in riferimento alla quale deve essere considerato l’individuo. Secondo la teoria del campo il gruppo è un’entità con proprietà peculiari, che prescindono da quelle dei singoli individui che lo compongono: per questo, ogni situazione grupale è unica e non riproducibile. I membri di un gruppo sono legati tra loro da una relazione reciproca paragonata da Lewin a quella che lega gli elementi chimici o elettrici di un sistema biologico aperto. Anche la teoria dei sistemi vede il gruppo come un sistema aperto in cui avviene uno scambio di informazioni tra l’ambiente circostante e l’interno del sistema. Questo non è costituito da una semplice sommazione di elementi indipendenti, ma da parti legate in modo tale che ogni cambiamento in una di esse provoca un cambiamento anche nelle altre e nell’intero sistema²⁴.

L’individuo si trova a far parte – fin dalla nascita – di una complessa rete di relazioni, prime fra tutte quelle con il gruppo familiare e il gruppo sociale di appartenenza. Una concezione della persona centrata maggiormente sulle relazioni interpersonali e l’ambiente, non vede il soggetto come un’entità isolata ma come un “nodo” all’interno di interazioni grupali multiple. Ne risulta che il disturbo mentale può essere letto anche come l’esito di un’interazione non adeguata tra l’individuo e il suo gruppo di appartenenza e come una difficoltà nell’ambito comunicativo e relazionale. È questa la prospettiva alla base dell’utilizzo del gruppo nella riabilitazione psichiatrica. Esso, insieme alla relazione tra operatore ed utente, può essere considerato uno degli strumenti più adeguati nell’ottica del reinserimento sociale della persona.

Per gruppo terapeutico si intende un insieme non casuale di individui che hanno l’obiettivo condiviso di superare il proprio disagio e il proprio stato di malattia. Dalla letteratura sul gruppo terapeutico si deduce che nel campo della riabilitazione psichiatrica – con particolare riferimento ad individui affetti da schizofrenia – gli approcci relazionali risultano maggiormente utili rispetto a quelli introspettivi, per le caratteristiche specifiche delle persone a cui gli interventi riabilitativi si rivolgono. Frequentemente, infatti, si tratta di soggetti con una struttura dell’Io fragile, su cui un

²⁴ Cfr. Peserico M. e Ba G., “Il contesto grupale”, in *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Milano, Franco Angeli, 2003, pp. 78-96.

lavoro introspettivo potrebbe gravare ulteriormente, e con difficoltà significative sul piano relazionale²⁵.

Il gruppo terapeutico utilizzato in ambito riabilitativo è generalmente aperto, autocentrato ed eterogeneo: si tratta di caratteristiche maggiormente funzionali agli obiettivi che la riabilitazione si pone. La caratteristica dell'apertura prevede la possibilità di inserire nuovi soggetti in un gruppo già costituito, permettendo a chi entra il confronto con individui che hanno affrontato le stesse problematiche. Ciò facilita la nascita di sentimenti positivi rispetto alle proprie possibilità di miglioramento. Nel gruppo autocentrato l'attenzione è rivolta a ciò che accade nel gruppo, quindi sull'*hic et nunc*: questo fa sì che l'esperienza di cui si discute riguardi tutti. I membri del gruppo eterogeneo si differenziano tra loro per una o più caratteristiche, e quindi per le esperienze, le problematiche, le storie e i disagi che vivono. L'eterogeneità costituisce un attributo importante, in quanto rende il gruppo più simile alla realtà esterna. Con l'aumentare di questa caratteristica, aumenta la possibilità di apprendimento di nuovi modelli e di sviluppo di relazioni più consone²⁶.

Entrando a far parte di un gruppo, le persone possono iniziare a sentire di appartenere a qualcosa, in particolare ad un luogo e ad uno spazio in cui è possibile sia offrire sia ricevere aiuto. Il gruppo terapeutico permette al soggetto di incontrare l'altro e interagire con lui in maniera meno conflittuale e ansiogena, modificando le proprie modalità d'interazione e imparando ad intraprendere relazioni più armoniche e soddisfacenti. Il contesto gruppale rappresenta uno spazio sociale protetto, poiché è presente la figura del conduttore. Questo deve garantire la sopravvivenza del gruppo, favorendone i processi integrativi attraverso una funzione di appoggio e di incoraggiamento ai singoli.

I soggetti possono, all'interno del gruppo, riconoscere, manifestare e verbalizzare i propri bisogni, desideri e vissuti e – attraverso il rapporto con gli altri – acquisire una visione più oggettiva della realtà e delle proprie modalità di relazione. Questo permette loro di arrivare a comprendere le dinamiche che sono alla base delle problematiche proprie e altrui. Grazie ai feedback positivi o negativi rinviati dal

²⁵ Cfr. Peserico M. e Ba G., "Il gruppo di discussione", in *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Milano, Franco Angeli, 2003, p. 148.

²⁶ Cfr. Peserico M. e Ba G., "Il contesto gruppale", in *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Milano, Franco Angeli, 2003, pp. 100-102.

gruppo in risposta ai comportamenti, le persone possono modificare le proprie modalità di interazione che sono in contrasto con la “cultura di gruppo”. Acquisendo modelli relazionali e comunicativi più corretti, i soggetti vengono maggiormente accettati dal gruppo e vedono rafforzato il proprio senso di appartenenza. Il fattore terapeutico principale è costituito dalla coesione di gruppo, che si riferisce alla forza che lega i membri ed è espressa dal senso di appartenenza di questi. La coesione è l'elemento che sostiene la sopravvivenza del gruppo e dell'individuo nelle situazioni di stress e, in particolar modo, che favorisce i processi maturativi dei soggetti.

La partecipazione di tutti alle problematiche esistenziali del singolo e la condivisione riduce l'ansia legata alla percezione del proprio mondo interno, che da essere caotico e incomprensibile diventa più facilmente decifrabile, e quindi meno angosciante. L'interessamento evidente degli altri membri del gruppo, inoltre, infonde nell'individuo speranza nonché fiducia nel percorso riabilitativo intrapreso. Il soggetto – frequentemente convinto che gli altri non abbiano mai vissuto situazioni simili alle sue – può cogliere nel contesto gruppale l'universalità delle problematiche. Il sentirsi “nella stessa barca” degli altri, e non più sola con la propria sofferenza, provoca nella persona un senso di forza che può diventare un mezzo efficace per il cambiamento e lo sviluppo.

Col gruppo viene data la possibilità agli individui di vivere un'esperienza collettiva che va a controbilanciare i vissuti di rifiuto ed emarginazione precedenti. Proprio per le sue caratteristiche di attività vicina alla realtà esterna, il gruppo si rivela importante soprattutto in vista del reinserimento e della reintegrazione dei soggetti con disabilità psichiatrica nel loro contesto familiare e sociale. Migliora, infatti, il loro complessivo funzionamento sociale attraverso l'apprendimento, la stabilizzazione e il consolidamento di competenze relazionali per interdipendere e reciprocare nella comunità. Lo strumento del gruppo, utilizzato in cooperazione con altri trattamenti riabilitativi, può inoltre ridurre il rischio di frammentazione e di cronicizzazione presente nella patologia.

Nel gruppo terapeutico il soggetto con disabilità psichiatrica non è solo qualcuno che deve essere aiutato e sostenuto ma anche, e soprattutto, un individuo che costituisce una risorsa importante, in quanto può essere fonte di supporto ed esempio per altri. Aiutando la persona a ridimensionare le conseguenze invalidanti della malattia e a scoprire i propri punti di forza, il gruppo rappresenta un'importante esperienza

riabilitativa²⁷. Infine, c'è un potere del gruppo che va oltre la logica della guarigione dai sintomi: quello che ha la capacità di trasformare e di ridare significato, di recuperare la trama e il senso della storia di cui ognuno è portatore.

Nel campo della Salute Mentale, molto frequentemente la complessità e la globalità della domanda dell'individuo sono tali da poter coinvolgere contemporaneamente operatori e azioni appartenenti a diverse aree disciplinari. Diventa, quindi, fondamentale che la presa in carico del soggetto non si limiti al rapporto individuale con un solo operatore: deve estendersi ed essere coordinata, articolandosi in un lavoro di gruppo.

La realizzazione di un progetto riabilitativo costituisce il momento concreto di incontro e confronto delle diverse professionalità e dei diversi professionisti, che uniscono il proprio bagaglio di sapere e di esperienza a quello degli altri. I membri dell'équipe si occupano del soggetto operando in modo armonico tra loro, condizionando il proprio lavoro attraverso un continuo scambio e confronto con gli altri. Il singolo professionista interviene nell'ambito delle proprie competenze specialistiche e vede il suo ruolo e la sua funzione integrati, a livello di gruppo, con quelli altrui e orientati, insieme a questi, verso la realizzazione di finalità comuni. Per un buon lavoro d'équipe è fondamentale adattare il sapere alla specificità delle situazioni e ricondurre a sintesi ed unità la molteplicità degli interventi. Ciò permette di ricostruire una visione integrata della persona e degli eventi, in modo assai più ricco di quanto non possa fare un singolo²⁸.

Le richieste e le pressioni dei pazienti, spesso emotivamente intense e contraddittorie, rappresentano bisogni che presuppongono nei membri del gruppo di lavoro capacità di elaborazione, in modo da offrire risposte sensate e formulare ipotesi che siano flessibili. L'équipe svolge, quindi, anche una funzione di integrazione delle abilità individuali di metabolizzazione degli avvenimenti, di

²⁷ Cfr. Peserico M. e Ba G., "Il contesto grupppale", in *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Milano, Franco Angeli, 2003, pp. 96-98 e Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Milano, Franco Angeli, 2006, pp. 406-411.

²⁸ Cfr. Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Milano, Franco Angeli, 2003, pp. 41-44 e Maida S., Molteni L. e Nuzzo A., *Educazione e osservazione. Teorie, metodologie e tecniche*, Roma, Carocci, 2009, pp. 119-128.

contenimento e scarica dei momenti critici, affinché il gruppo si comporti come un collettivo e non come una semplice sommatoria di operatori.

La modalità di lavoro collegiale non rende generico l'intervento, tutt'altro: valorizza le specifiche competenze dei professionisti facendole convergere verso la realizzazione di un dato risultato. Tutti i membri dell'équipe devono condividere una metodologia – rispetto alla problematica affrontata e alla tipologia di utenza – che regoli le diverse competenze, un metodo interdisciplinare e multidisciplinare che renda possibile la definizione di intenzioni e azioni condivise e che sia tradotto in operatività.

Affinché il gruppo di lavoro risulti efficace sono necessarie una certa predisposizione alla flessibilità nonché una capacità di ascolto, di autocontrollo e la disponibilità alla negoziazione da parte degli operatori. Ogni professionista all'interno dell'équipe deve rispettare l'altro e la sua professionalità, riconoscere i propri limiti ed errori mettendo in discussione il proprio operato, tenendo presente che il fine ultimo del lavoro è il maggior benessere del soggetto.

Si deduce quanto, in ogni fase dell'intervento riabilitativo, sia fondamentale una buona coesione e collaborazione all'interno dell'équipe, la cui massima attenzione e ricettività deve essere costantemente su ciò che accade: è così che gli obiettivi diventeranno concreti.

CAPITOLO 2

MONTAGNATERAPIA E SALUTE MENTALE

Per migliaia di anni l'uomo ha vissuto in intima connessione col suo ambiente, per quanto spesso questo si sia mostrato ostile, caotico e incontrollabile. La cultura odierna, al contrario, favorisce un estraniamento psicologico – che può rivelarsi altamente dannoso – dell'individuo da ciò che lo circonda.

Il rapporto del soggetto con l'ambiente è decisamente rilevante, in quanto ha una grande influenza sullo sviluppo della personalità globale, sulla qualità della vita, sul grado di benessere. Anche per una persona affetta da malattia mentale, quindi, la capacità o meno di relazionarsi in modo costruttivo con l'“ambiente non umano”²⁹ riveste un'enorme importanza, in quanto ha il potere di renderne migliore o peggiore l'esistenza.

La montagna ha una natura che non si addomestica facilmente ed è sempre profondamente vera, ha le sue leggi però è alla portata di tutti, dà opportunità a tutti e rispetta tutti. La sua ricchezza è allo stesso tempo inesauribile e semplice.

Natura e cultura – da sempre poli fondamentali della relazione dell'individuo col mondo – non sono separate nettamente come nella consueta rappresentazione: processi naturali e processi sociali si trovano intrecciati nell'ambiente montano.

Numerosi sono gli stimoli e ricco il sistema di significati che la montagna offre a chi, mentre la vive e l'attraversa, riesce a guardare dentro i suoi fenomeni. La vera meta non è più il traguardo ma il percorso, un cammino che si muove sia fuori sia dentro l'individuo e che prende vita da un suo desiderio di scoperta del mondo, della montagna e di stesso.

Gli elementi più essenziali e le possibilità più nascoste dell'uomo si svelano grazie alla montagna. Ad essa è possibile avvicinarsi utilizzando unicamente i propri mezzi, le proprie gambe e la propria testa prima di tutto, e abbandonando ciò è superfluo.

²⁹ Searles H. F., *The nonhuman environment in normal development and schizophrenia*, tr. It. *L'ambiente non umano nello sviluppo normale e nella schizofrenia*, Torino, Einaudi, 2004.

“La dialettica tra l’uomo e la montagna apre [...] ad una relazione di autenticità, senza mediazioni, secondo una diretta immedesimazione empatica che difficilmente trova riscontro in altri tipi di esperienze”³⁰.

2.1 MONTAGNATERAPIA: STORIA E DEFINIZIONE

La montagnaterapia trova origine in Francia nei primi anni Ottanta. Nel Centro Ospedaliero *Bel Air* a Charleville-Mézières, ad un infermiere viene l’idea – nel 1984 – di far uscire i suoi pazienti, tra i quali alcuni schizofrenici, da quei padiglioni dove vivono da anni, “annichiliti dai tranquillanti e dal rito manicomiale”³¹, e di portarli in quota, dove l’umanità riaffiora “davanti al pericolo e all’imprevisto”³².

L’esperienza viene resa nota in Italia nel 1992, grazie ad un articolo di Ulderico Munzi sul Corriere della Sera dal titolo: “Malati di mente alpinisti per guarire”.

Nel 1993, presso il Centro Diurno psichiatrico della ASL RM E San Godenzo a Roma viene proposto un progetto a carattere terapeutico-riabilitativo chiamato “Corpo-Mente-Ambiente”, che prevede come scenario anche l’ambiente montano. Le esperienze vengono videoregistrate e successivamente fatte conoscere ai Servizi di Salute Mentale della Regione Lazio: ciò rende possibile la nascita di alcuni fra quelli che ancora oggi sono i gruppi di montagnaterapia.

Anche la Fondazione Emilia Bosis³³ di Bergamo inserisce nei programmi di riabilitazione psichiatrica l’attività di scoperta e frequentazione della montagna, realizzando, nel 1997, il progetto “Montagna Solidale”, che vede la partecipazione degli utenti ospiti della comunità e dei loro operatori a escursioni e trekking nazionali e internazionali.

Le giovani esperienze del territorio italiano si consolidano fino al 1999, anno dell’incontro "Montagna e solidarietà: esperienze a confronto" a Pinzolo, in Trentino, al quale partecipano amministratori, operatori sanitari, guide alpine, pazienti e

³⁰ Salsa A., *Il tramonto delle identità tradizionali. Spaesamento e disagio esistenziale nelle Alpi*, Torino, Priuli & Verlucca, 2007, p. 76.

³¹ www.archivioistorico.corriere.it, Munzi U., *Malati di mente alpinisti per guarire* in *Corriere della sera*, 26 novembre 1992, p. 9.

³² *Ibidem*.

³³ La Fondazione Emilia Bosis nasce nel 1998, raccogliendo l’eredità della comunità Logos, che opera presso l’ex Ospedale Psichiatrico di Bergamo (www.fondazionebasis.it).

giornalisti specializzati. In seguito a questo, Matteo Serafin, giornalista, scrive su Famiglia Cristiana un articolo intitolato “Quando la montagna diventa un aiuto alla vita”³⁴. Questo scritto, e tutto il convegno, ruotano attorno a un’idea della montagna come aiuto alla cura e alla riabilitazione, grazie alle testimonianze e alle relazioni degli utenti e degli operatori inseriti nei gruppi già esistenti. Proprio nell’ambito di questo confronto viene utilizzato, per la prima volta, il termine “montagnaterapia”. Nel 2003, alcuni operatori del Centro di Salute Mentale di Arco (TN) decidono di utilizzare l’ambiente montagna all’interno delle pratiche riabilitative legate al disagio psichico, dando vita – in collaborazione con la Società Alpinisti Tridentini e il Club Alpino Italiano (S.A.T.-C.A.I.) – al progetto “Sopraimille”³⁵, successivamente promotore di numerose iniziative. L’interesse dello psichiatra dell’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, Sandro Carpineta, per il tema della montagnaterapia, porta alla creazione del primo seminario esperienziale nel 2004. Tale incontro consente agli organizzatori di fare una mappatura dei progetti attivi sul territorio nazionale, cercando di favorire la comunicazione e promuovere lo scambio di esperienze e le occasioni di formazione, gettando le basi per la costruzione di una rete nazionale.

Nell’ambito del convegno del 2006 al Passo Pordoi, con la costituzione del Coordinamento Nazionale per la Montagnaterapia, l’Italia viene suddivisa in alcune macrozone geografiche, tuttora esistenti, comprendenti più regioni: Valle d’Aosta-Piemonte-Liguria, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto-Friuli Venezia Giulia, Toscana-Emilia Romagna, Marche-Umbria-Abruzzo-Lazio, Campania-Molise-Puglia-Basilicata-Calabria, Sicilia, Sardegna. Tale organizzazione facilita il contatto tra i gruppi nonché i rapporti tra le diverse aree, grazie all’individuazione di un referente per ogni macrozona. Questo, ha il compito di mappare i gruppi esistenti sul territorio, aiutare i gruppi che sono in fase embrionale, organizzare eventi o incontri per diffondere l’attività o fare formazione, tenere i contatti con le altre aree³⁶. Il lavoro delle diverse macrozone ha portato a realizzare altri convegni: nel 2007 ad

³⁴ Cfr. Serafin M., *Quando la montagna diventa un aiuto alla vita* in *Famiglia cristiana*, 1999, n. 40, p. 143.

³⁵ www.sopraimille.it

³⁶ Cfr. *Sopraimille*, Atti del convegno *Sentieri di salute: la montagna che cura*, Bergamo 12-13 novembre 2010, pp. 131-133, 137.

Asiago, nel 2008 a Riva del Garda, nel 2010 a Bergamo, nel 2012 a Rieti, nel 2014 a Cuneo. Inoltre, negli ultimi due anni in Sardegna hanno avuto luogo il primo e il secondo convegno nazionale itinerante di montagnaterapia, nel 2013 e nel 2014.

Sebbene la Salute Mentale sia quello in cui i risultati sembrano essere più significativi, l'utilizzo della montagnaterapia riguarda anche altri ambiti, fra i quali quello della disabilità psicofisica, quello delle tossicodipendenze, la diabetologia, l'ortopedia, l'oncologia e la cardiologia³⁷.

Molte sono le esperienze terapeutico-riabilitative realizzate in Italia in questi anni con l'aiuto della montagna: mentre alcune di esse sono già dotate di continuità e si stanno svolgendo efficacemente, altre sono in fase di progettazione o sono meno strutturate e visibili ma non per questo meno significative.

La definizione di “montagnaterapia” utilizzata come riferimento a livello italiano è quella proposta da Giulio Scoppola³⁸ e alcuni suoi colleghi nel 2007. Essa è frutto del lavoro e della riflessione degli anni precedenti e dell'integrazione dei modelli e dei paradigmi presi in considerazione nelle varie esperienze.

La montagnaterapia è indicata come un originale approccio metodologico terapeutico-riabilitativo e/o socio-educativo finalizzato alla prevenzione secondaria, alla cura e alla riabilitazione degli individui portatori di differenti problematiche, patologie o disabilità, progettato per svolgersi nell'ambiente montano. Essa si rivolge alla globalità e all'inscindibilità dell'individuo, secondo il paradigma biopsicosociale, considerato nella relazione con il contesto³⁹. “La montagnaterapia si attua prevalentemente nella dimensione di piccoli gruppi (dai tre ai dieci partecipanti)”⁴⁰: questa caratteristica agevola l'instaurarsi di relazioni tra le persone e l'accompagnamento adeguato dei soggetti da parte degli operatori. Tale approccio “utilizza controllate sessioni di lavoro a carattere psicofisico e psicosociale (con forte

³⁷ Cfr. Carpineta S., *Montagna e riabilitazione: la situazione in Italia oggi*, Atti del convegno *Sentieri di salute: la montagna che cura* Bergamo 12-13 novembre 2010, p. 30 e www.montagnaterapia.it

³⁸ Psicologo, psicoterapeuta, istruttore di alpinismo del C.A.I., lavora presso la ASL RM E di Roma.

³⁹ Cfr. Def. Montagnaterapia, www.sopraimille.it.

⁴⁰ Ibidem.

valenza relazionale ed emozionale), che mirano a favorire un incremento della salute e del benessere generale e, conseguentemente, un miglioramento della qualità della vita”⁴¹. Anche se il termine rimanda ad un aspetto curativo, la montagnaterapia può quindi essere vista nell’ottica più ampia della promozione della salute e del benessere, intesi come qualcosa di più dell’assenza di malattia. “Per raggiungere gli obiettivi prefissati, gli interventi socio-sanitari si articolano e si integrano con le conoscenze culturali e le attività tecniche proprie delle discipline della montagna (frequentazione dell'ambiente montano, pratica escursionistica o alpinistica, sci, arrampicata, ecc.), per tempi brevi o per periodi della durata di alcuni giorni (sessioni residenziali), nel corso dell'intero anno”⁴².

La montagnaterapia, usufruendo dell’ambiente montano, molto vario, offre numerose prospettive da cui poter affrontare il disagio o la patologia e numerose tecniche da poter utilizzare: in montagna si può fare trekking, arrampicare, ma anche sciare, seguire un percorso di orienteering, esplorare una grotta. È fondamentale che il tipo di attività venga definita in base alle reali capacità dei partecipanti e che possa modularsi alle esigenze terapeutiche⁴³.

“Il lavoro viene in ogni caso integrato con gli eventuali trattamenti medici, psicologici e/o socio-educativi già in atto”⁴⁴. L’approccio che utilizza la montagna, fin dalla sua nascita, viene impiegato in maniera complementare alle metodologie cliniche già presenti, e con esse inserita nell’ottica più ampia del programma terapeutico-riabilitativo.

“Le attività di montagnaterapia vengono progettate ed attuate prevalentemente nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, o in contesti socio-sanitari accreditati, con la fondamentale collaborazione del Club Alpino Italiano (che ne riconosce ufficialmente le finalità e l'Organizzazione Nazionale), e di altri Enti o Associazioni (accreditate) del settore”⁴⁵.

⁴¹ Ibidem.

⁴² Ibidem.

⁴³ Cfr. Franchin S., *Proposta per una scala di difficoltà*, intervento al seminario nazionale *La tessitura della rete-ambito montagna e disagio* Monte Grappa (Vi) 13-14-15 giugno 2008, pubblicato sul sito www.montagnacheaiuta.it

⁴⁴ Cfr. Def. Montagnaterapia, www.sopraimille.it

⁴⁵ Ibidem.

L'équipe che accompagna gli individui nelle uscite in montagna comprende persone che, partecipando all'attività con diverse qualifiche, condividono l'obiettivo e collaborano per il suo raggiungimento. Le competenze cliniche e quelle operative legate all'ambiente montano si completano: per questo la collaborazione è fondamentale. Gli esperti della montagna – quali soci del C.A.I., istruttori di alpinismo, guide alpine – seguono la formazione degli operatori cosicché le uscite siano sicure e piacevoli; viceversa, i medici, gli psicologi, gli educatori e le altre figure professionali dei servizi che hanno in carico i soggetti aiutano gli altri accompagnatori nell'instaurare relazioni e nel superare certe convinzioni legate allo stigma.

L'intervento di montagnaterapia ha una struttura procedurale di riferimento, che comunque rimane passibile di modifica nella sua attuazione. L'attività non è da confondere – e non inizia e non si esaurisce – col fare semplicemente delle uscite in montagna: prevede un percorso che va dalla formazione alla verifica finale.

Nella fase preparatoria, l'équipe definisce gli obiettivi del progetto che intende attuare e, di conseguenza, l'ambiente e il tipo di attività. Tra gli aspetti da valutare inizialmente i principali sono la condizione fisica e psichica, le capacità e l'esperienza in montagna. I partecipanti prendono parte ad incontri didattico-formativi – spesso condotti dagli esperti della montagna – riguardanti l'ambiente montano e l'approccio ad esso: iniziano così a comprendere la differenza tra la città e la montagna e cosa significa frequentare questo particolare ambiente. In alcuni progetti, nella fase iniziale è previsto anche un lavoro sulle aspettative e sulle emozioni legate all'avvicinarsi ad una nuova attività.

Dopo la fase preparatoria, iniziano le uscite in montagna vere e proprie, che devono essere pianificate in modo da essere gradualità sia per la tipologia che per la difficoltà.

Il confronto sull'attività può essere iniziato anche in itinere, ma è necessario uno spazio di elaborazione successivo, in cui l'individuo può ricordare, riflettere, condividere e individuare ciò che può recuperare dall'esperienza, mettendo i pensieri, le emozioni e gli agiti vissuti insieme a quelli degli altri membri del gruppo.

La valutazione può essere fatta con il soggetto, ad esempio tramite un'intervista, ma anche con i familiari. È fondamentale che questa fase dell'intervento coinvolga comunque l'intera équipe del servizio, anche gli operatori che non partecipano all'attività.

In molti progetti, per testare la validità del percorso, viene utilizzato il materiale videoregistrato durante le uscite.

La rielaborazione può consentire la generalizzazione dell'esperienza e il trasferimento dell'eventuale successo in altri campi in cui il soggetto sperimenta il fallimento e la difficoltà.

2.2 LA MONTAGNATERAPIA E LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

La definizione e lo sviluppo di nuove culture e pratiche nel campo della Salute Mentale, che prendono vita sulla scia della legge 180, guardano agli ambienti naturali, distanti dalle pratiche psichiatriche e farmacologiche fino ad allora fortemente diffuse, come ai possibili territori di sperimentazione per una serie di interventi, non solo ricreativi ed assistenziali ma potenzialmente trasformativi.

L'utilizzo dell'approccio, successivamente chiamato "montagnaterapia", in campo psichiatrico prende le mosse, in particolare, dall'osservazione della corporeità dei soggetti affetti da malattia mentale e dal tentativo di reintegrazione del e nel Sé. Il corpo di questi individui c'è ma è assente e non ha la possibilità di essere uno strumento con cui abitare il mondo da un punto di vista psicofisico e relazionale. La base di un intervento che si rivolge alle parti sane della persona è proprio la dimensione fisica⁴⁶: il corpo deve costituire, per i soggetti con disturbi psichici, uno dei principali fondamenti terapeutici e riabilitativi nonché il primo "mondo" da riabitare. È necessario allora che il lavoro passi attraverso la fisicità, con l'obiettivo di favorire un contatto stimolante ed una comunicazione fra i pazienti ed il contesto.

L'ambiente naturale e il rapporto dell'individuo con esso rappresenta un altro pilastro importante da cui si è originata la montagnaterapia.

“La natura [è] fondamentale nel fornirci gli stimoli di cui anche la mente ha assoluto bisogno. Stimoli complessi, fatti appunto di ritmi adatti alla nostra biologia, di vasti orizzonti, di percezioni inusuali nella realtà tecnologica. [...] La

⁴⁶ Scoppola G., *Dentro la montagnaterapia: storia, radici, strumenti*, Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al Corso di formazione Sopraimille, Riva del Garda 9-11 settembre 2005, Trento, Edizioni Provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute, 2006, p. 28-31.

realtà di cui abbiamo bisogno e più vicina alla nostra natura biologica, ben diversa dalla dimensione immateriale e virtuale⁴⁷.

Le numerose osservazioni riguardo alla corporeità degli utenti con disagio psichico e al loro rapporto con l'ambiente naturale portano a numerose esperienze, valutate successivamente sia da operatori sia da utenti come potenzialmente trasformative.

Oltre alle prime osservazioni e alle prime esperienze sul campo, però, la montagnaterapia nella Salute Mentale affonda le proprie radici anche in alcuni elementi teorici inerenti la riabilitazione psichiatrica. Le coordinate che fanno da base alla riflessione concettuale del nascente approccio pongono attenzione all'incapacità del soggetto affetto da malattia mentale di articolarsi in modo armonico con l'ambiente e con gli altri, ai ripetuti fallimenti che molto spesso alimentano il suo isolamento e il suo senso di inadeguatezza, all'importanza delle sue parti sane e all'utilizzo della dimensione gruppale. Queste vengono agite volutamente in un contesto non istituzionale – l'ambulatorio naturale della montagna – e frequentando persone, nell'ambito di progetti mirati ad ampliare gli spazi di salute dell'individuo⁴⁸.

Nel corso degli anni, le attività portate avanti hanno interessato in Italia sia adulti sia giovani in età adolescenziale con problemi psichiatrici piuttosto gravi, tra i quali schizofrenia, disturbi di personalità e disturbi della condotta alimentare. L'approccio viene proposto attraverso vari tipi di attività, scelti in base agli obiettivi stabiliti per l'utente e per il gruppo e al tipo di collaborazione messo in atto.

Rivolgendosi a persone portatrici di differenti problematiche, i vari interventi di montagnaterapia prendono vita da motivazioni diverse, che possono essere legate ad interessi personali dei soggetti coinvolti nella riabilitazione o a caratteristiche delle loro patologie. Una caratteristica che, però, accomuna la quasi totalità dei progetti di questo tipo, rivelatasi importante per i loro primi passi, è la passione per la montagna dei singoli operatori che operano nei Servizi di Salute Mentale. Spesso, l'unione

⁴⁷ Oliviero A., 2005 in Scoppola G., *Dentro la montagnaterapia: storia, radici, strumenti*, Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al Corso di formazione Sopraimille, Riva del Garda 9-11 settembre 2005, Trento, Edizioni Provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute, 2006, p. 31.

⁴⁸ Cfr. Gruppo Sopraimille, *Montagna e disagio psichico: una possibile integrazione*, Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al Corso di formazione Sopraimille, Riva del Garda 9-11 settembre 2005, Trento, Edizioni Provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute, 2006, pp. 22-24.

delle basi pratiche e teoriche della montagnaterapia con l'esperienza e la passione, può rivelarsi una garanzia di continuità, una risorsa importante che permette al gruppo di non fermarsi alla prima difficoltà.

Chi ha passione per la montagna conosce e vive sulla propria pelle il piacere e i benefici legati a questo tipo di ambiente. Nella quotidiana problematizzazione che scaturisce dal lavoro con il disagio psichico, non appare strano che uno psichiatra, un'infermiere o un educatore, appassionato di montagna, si chieda se questa possa far scoprire e apprendere strategie importanti anche agli utenti o costituire una fonte di benessere anche per loro. Molti dei progetti di montagnaterapia prendono vita, così, anche dall'ipotesi, a cui devono far seguito un'analisi e un'osservazione più approfondite, che ciò che fa bene al proprio corpo e alla propria mente, possa far bene anche al corpo e alla mente di altre persone.

La passione per la montagna, aspetto di sé che l'operatore mostra, è percepita spesso dagli utenti ed è capace di trasmettere in loro il desiderio, spesso assente o debole.

Un ragazzo, rispetto, a questo aspetto, dice:

“L'idea è partita da loro operatori e noi siamo rimasti subito entusiasti: è stata la passione degli operatori quello che inizialmente ci ha trascinato”⁴⁹.

2.2.1 PERCHÉ LA MONTAGNA?

Il contesto urbano, rispetto alla campagna, rappresenta un fattore scatenante per la psicosi: esso è sovraccarico di stimoli artificiali, molto più complessi di quelli naturali. La sovrastimolazione, e l'ambivalenza sensoriale che questa comporta, per tutte le persone che vivono in città è causa di stress e sofferenza: maggiormente lo è in coloro che, per la loro patologia, hanno una difficoltà nel rimanere ancorati a significati comuni. In questi, con stimoli che si fanno più pressanti, la vulnerabilità che fino ad allora si mantiene tale si slatentizza.

In montagna tutto ritorna a livelli più basali. Gli stimoli sono naturali, quindi potenti, ma univoci ed essenziali, elementari e collegati a paure ancestrali fondamentali per la nostra sopravvivenza ed evoluzione. La fatica, il freddo, la sete, la fame, la paura in

⁴⁹ Dal racconto di un ragazzo del gruppo di montagnaterapia di Villacidro (VS), in Sardegna, Osini, 6 settembre 2014.

montagna diventano, quindi, più facilmente decodificabili, anche da individui affetti da schizofrenia⁵⁰.

Antonello Correale parla dell'infinita della montagna – mettendola in relazione con quella del delirio psicotico – come “infinita sostenibile” che viene offerta ai soggetti come surrogato, come esperienza che permette di superare i momenti incongrui di delirio che possono provare⁵¹. Spesso, quando gli stimoli percepiti sono radicati e profondi, si interrompe la sensazione di alienazione corporea.

Anche le principali attività che la persona ha l'occasione di sperimentare in montagna si ricollegano a qualcosa di antico e hanno a che fare con le sue origini antropologiche ed evolucionistiche. Per arrampicare, l'individuo si muove in modo apparentemente nuovo ma ripete quei movimenti del corpo inscritti nel suo patrimonio genetico e che fanno parte degli schemi motori di base di ogni soggetto: il bambino impara ad arrampicarsi prima che a camminare, per potersi alzare da terra. Con l'acquisizione della posizione eretta, l'uomo diventa l'unico essere vivente teso fra terra e cielo. Gli arti superiori sono liberi dal movimento e utili per conoscere il mondo, per manipolare e afferrare, per vedere e capire: prima ancora di essere *faber* l'uomo è *itinerans*. La possibilità di guardare “l'invisibilmente verticale oltre ogni orizzonte visibile”, che preannuncia fisicamente l'astrazione mentale, rappresenta la conquista di un senso di competenza rispetto al contesto⁵².

La montagna “resiste alla tendenza a «psicotizzare»”⁵³, cioè a distorcere, alterare, lo spazio e il tempo nonché le emozioni e i pensieri: è un ambiente meno contaminato e più facilmente percepibile nelle sue dimensioni sensoriali. La percezione di trovarsi in un ambiente magari ostile e difficile ma non enigmatico e indecifrabile, reintegrata

⁵⁰ Cfr. Tonna M., *Psicosi e montagna terapia*, Corso specialistico di formazione sulla Montagnaterapia, Massa-Carrara, 5-6 aprile 2014, atti non pubblicati.

⁵¹ Cfr. Correale A., *L'infinita della montagna come infinita sostenibile*, in Atti del convegno *Curare a cielo aperto: la montagna come risorsa psicosociale e trasformativa*, Roma 2001.

⁵² Cfr. Tomatis F., *Filosofia della montagna*, Milano, Bompiani, 2008, p. 29 e Di Benedetto P., *Camminare tra cielo e terra – Psichiatria e movimento*, Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al Corso di formazione Sopraimille, Riva del Garda 9-11 settembre 2005, Trento, Edizioni Provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute, 2006, p. 49.

⁵³ Cfr. Scoppola G., *Dentro la montagnaterapia: storia, radici, strumenti*, Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al Corso di formazione Sopraimille, Riva del Garda 9-11 settembre 2005, Trento, Edizioni Provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute, 2006, p. 31.

con i rimandi provenienti dal proprio corpo, aiuta la riorganizzazione cognitiva e affettiva della persona.

La montagnaterapia, facendo entrare in contatto la persona con fattori sensoriali e psicologici facilmente riconoscibili, ha l'obiettivo di una positiva ricategorizzazione dell'esperienza. È come se l'ambiente e le attività della montagna costituissero un intervento di tipo omeopatico, che ripropone in forma simbolica e protetta esperienze di disagio e che, attraverso dosi di angoscia e frustrazione e la scoperta di limiti e risorse, può agire sulle modalità di reazione e sui modelli comportamentali dell'individuo.

Le realtà in montagna sono esterne ed indipendenti dall'individuo, e come tali non possono essere da lui contraffatte ma esperite per ciò che esse sono. Nell'approccio della montagnaterapia gli operatori hanno la possibilità di utilizzare coppie di elementi opposti tra loro come orientamento e disorientamento, vastità e limitatezza (fuori e dentro del rifugio, ad esempio), caldo e freddo, fatica e riposo, linee continue sulle quali muoversi (i sentieri) e linee spezzate sulle quali è possibile tentare di arrampicarsi per procedere, affanno e regolarità del respiro. Si tratta di dimensioni ben percepibili nell'ambiente montano, che è possibile sperimentare con una scansione capace di metterle in relazione⁵⁴. Questo è utile per insegnare che, come accade in natura, la complessità e la flessibilità non sono una minaccia alla propria integrità.

La montagna offre un'esperienza strutturante: la sua frequentazione si accompagna a riti ben definiti, che segnano il passaggio e l'entrata in una nuova dimensione culturale ed ambientale nonché psicologica, e l'uscita dalla precedente. Per partire è importante essere adeguatamente attrezzati: nei giorni precedenti all'uscita, preparare lo zaino è per gli utenti un grande lavoro. Per decidere cosa portare e cosa lasciare è necessario avere l'idea di cosa può servire o meno, e quindi conoscere l'attività che andranno a fare ed avere una loro idea riguardo al proprio modo di affrontarla. L'importanza di questa fase non è da sottovalutare: spesso si rivela utile al soggetto per migliorare la cura di sé e procedere verso un'autonomia nelle scelte. Frequenti sono le difficoltà, in particolar modo tra coloro che si trovano a fare le prime uscite, inerenti l'abbigliamento e l'attrezzatura.

⁵⁴ Cfr. Ardito F., *La montagnaterapia*, Espressonline 25 marzo 2002, www.montagnaterapia.it

Il cammino e la scalata possono essere letti come metafore della vita: in esse la fiducia non è mai certa e si esplora l'ignoto. Spesso capita di non riuscire ad orientarsi, di provare frustrazione, di sudare, di avere paura. A volte è necessario che l'individuo si riposi per poi ripartire, seguendo il proprio ritmo passo dopo passo. La montagna insegna la fatica necessaria a ogni progresso, ma anche a fissare attentamente la meta: chi ha disfunzioni di tipo cognitivo, emotivo e comportamentale, che interferiscono con i suoi obiettivi di vita, ha la possibilità di porsi un fine e di raggiungerlo con successo e soddisfazione.

La montagnaterapia cerca di promuovere nel soggetto affetto da malattia mentale, che spesso vive reiterati fallimenti, esperienze di successo, le stesse che Spivak reputa fondamentali per modificare la convinzione del soggetto di non farcela. Percorrendo la montagna, è come se la persona tracciasse un sentiero o una via anche nel proprio mondo interiore, capendo che può entrare dentro di sé – sebbene inizialmente accompagnata – da qualcuno, per scoprire, modificare, trasformare.

Il contatto con l'ambiente naturale aiuta il soggetto a scoprire la propria parte sana e ad entrare in contatto con essa, con le proprie motivazioni e con i propri desideri. “Dumal nel *Monte Analogico* scriveva: «Sappi che il tuo dialogo con la Natura non è che l'immagine, fuori di te, di un dialogo che si svolge all'interno»⁵⁵.

La montagna è di tutti in ogni momento, non esistono tempi e differenze, accoglie allo stesso modo e nello stesso tempo tutti gli individui senza giudicare. Assume la simbologia di una madre autorevole che accoglie ma, allo stesso tempo, sprona la persona ad essere autonoma: mette alla prova, ma offre l'aiuto necessario a superarla. Uscire dai setting tradizionalmente utilizzati per la riabilitazione psichiatrica vuol dire uscire anche dai loro sistemi di regole, oltre che dai loro spazi. I gruppi di montagnaterapia utilizzano spesso, per gli incontri, strutture esterne quali palestre, rifugi, sedi del C.A.I. Questo consente al soggetto di ampliare le proprie esperienze anche a luoghi differenti da quelli che hanno accompagnato o accompagnano le vicende della sua malattia, come potrebbero essere un ambulatorio o una stanza del Centro di Salute Mentale, aprendosi a nuovi contesti e avventurandosi in territori ancora inesplorati. La montagna prende la forma di uno spazio vitale in cui è

⁵⁵ Magnaguagno F., *Natura Umana: un nuovo approccio al disagio giovanile e non solo*, Atti del convegno nazionale di montagnaterapia *Montagna solidale: i versanti della Montagnaterapia*, Pomezia 2009, p. 32.

possibile costruire un nuovo modo di stare al mondo: viene allenata la resilienza, la capacità di affrontare efficacemente le avversità riorganizzando in maniera positiva il proprio Sé.

La montagnaterapia diventa un viaggio del soggetto attraverso le terre di mezzo tra posizioni reali e posizioni ipotetiche dell'Io, dove molte cose hanno l'aspetto di una scoperta a piene mani e dove abita la possibilità. La persona, convinta di non poter cambiare, capisce che c'è altro oltre alla strettoia della sofferenza e della solitudine in cui non esistono sfumature. Intravede la possibilità di svincolare la propria vita dalle rigide forme di comportamento e di relazione legate alla malattia, dannose per sé e per gli altri.

Apprendo il proprio mondo a ciò che sta fuori e scoprendo la montagna attraverso un'esperienza che unisce corpo e mente, individuo e gruppo, autonomia e dipendenza, l'individuo torna a vivere la speranza di poter esser-ci ancora e di potercela fare.

2.2.2 LA GLOBALITÀ DELL'ESPERIENZA

Nel campo della riabilitazione psichiatrica la persona partecipa attivamente al proprio percorso, diversamente da quanto accade nell'approccio sanitario classico, che spesso privilegia metodologie che prevedono solo una disponibilità passiva dell'individuo ad essere trattato.

Il soggetto deve mettersi in gioco con tutto il proprio essere per esperire il Sé nell'ambiente naturale ed esplorare attivamente il proprio essere al mondo. La montagnaterapia propone una riattivazione *in toto* dell'individuo, tesa a contrastare la tendenza all'inattività tipica degli utenti affetti da malattia mentale.

Il soggetto con disturbo psichico vive un'esistenza immobile e fatta di solitudine, si sente sotto scacco e non vede possibilità di via d'uscita. Ketty, una ragazza del gruppo di montagnaterapia di Villacidro, in Sardegna, scrive:

“La malattia mentale è arrivata all'improvviso, non capivo perché proprio a me. La mia vita era tranquilla, serena, tutto si è trasformato. Tante paure, ansia, incomprensioni. Mi sembrava che nessuno mi capisse, che tutti mi giudicassero. Ospedali, dottori, psicofarmaci a volontà. Avevo paura di parlare del mio

malessere. Mi sentivo diversa dai miei coetanei o forse erano loro a farmi sentire tale. La malattia mi aveva reso diffidente”⁵⁶.

L’esperienza in montagna rimette in moto il corpo, ma anche l’iniziativa: progettare l’uscita, usare la mappa, darsi dei tempi, dosare le forze sono apprendimenti significativi eventualmente applicabili anche in altri contesti. L’ambiente inusuale permette alla persona di sperimentarsi in qualcosa di diverso, o semplicemente di risperimentarsi. L’evidenza immediata delle cose – che la montagna permette di cogliere – rende possibile una rielaborazione della realtà e la nascita di nuove memorie esperienziali.

Nei progetti di montagnaterapia, quindi, la montagna – ambiente e strumento di cura – è un luogo dove poter riarticolare movimenti fisici e psichici, nonché una parte del mondo facilmente riconoscibile, che può innescare un processo di cambiamento in chi proviene dalla dimensione psicopatologica.

L’impegno che il terreno di montagna richiede nel percorrerlo rende necessaria l’alleanza tra azione e pensiero e fa spostare il focus dell’attenzione dai pensieri patologici ricorrenti e ridondanti al “qui e ora”.

“Se cammino, fisso davanti a me con attenzione dove andrò ad appoggiare il piede, però sono libero di pensare a quello che voglio”⁵⁷.

Il soggetto è riorientato verso le percezioni esterne, ad esempio quella dello zaino appoggiato sulla schiena, che possono interrompere quelle deliranti. Sebbene parte di un gruppo, l’individuo deve compiere da solo ogni passaggio cruciale, resistendo alla fatica o alla paura: questo ha un effetto strutturante per un Io piuttosto fragile.

La montagnaterapia consente il recupero della dimensione spazio-temporale. La persona che soffre di disturbi psichici entra in contatto con un ambiente per diversi aspetti inusuale e sgombro da alcune temute relazioni. Il corpo costituisce la prima parte dello spazio fisico – non più privo di confini – da abitare o ri-abitare. Il tempo in montagna viene percepito e vissuto come entità che scorre: l’orario della partenza o il tempo necessario a percorrere un sentiero, la necessità di accelerare per

⁵⁶ AA.VV., *Non ci scusiamo per il disturbo*, Selargius, Domus de Janas, 2013, p. 17.

⁵⁷ Ivi, p. 25 e sg.

raggiungere il rifugio a fine giornata sono solo alcuni fra gli elementi che permettono il recupero della dimensione temporale nel soggetto.

Strettamente collegata agli aspetti della spazialità e della temporalità, si trova la riappropriazione della corporeità. La riattivazione dell'individuo in montagna prende vita proprio dal corpo e dal suo movimento, elementi quasi dimenticati e che, invece, è indispensabile reintrodurre in un ripensamento sulla salute nel suo complesso e nella visione globale della persona. I soggetti affetti da malattia mentale, che spesso vivono un'esperienza di immobilità, attraverso le attività hanno la possibilità di sperimentare il movimento in modo nuovo e maggiormente consapevole.

Nell'esperienza in montagna, corpo e mente si uniscono ristabilendo quella relazione che molto spesso la condizione di malattia interrompe. Da essere dimenticato, il corpo viene a costituire un elemento fondamentale nell'approccio della montagnaterapia. I vissuti e le sensazioni che l'individuo prova camminando o arrampicando ad alta quota sono indissolubilmente legati alla corporeità: se una persona che cammina prova fatica sente accelerare il battito del suo cuore, se ha freddo lo sente sulla sua pelle, se ha paura la sente dentro di sé.

Il soggetto impara a riconoscere i segnali del corpo: agli stessi dolori e alla stessa paura che spesso vive in relazione all'ansia, può dare un nome e attribuire una causa quando sentiti in montagna, ad esempio il dolore o la sensazione di pesantezza delle gambe. Questo è significativamente importante per la persona che riscopre il proprio corpo come esperienza soggettiva, nesso tra il mondo intrapsichico e l'esperienza nella realtà esterna.

L'individuo riconosce ed impara ad ascoltare il corpo sia come contenuto sia come contenitore: esso è, infatti, sia la massa, l'altezza, la struttura muscolare, la rigidità e l'elasticità, sia il cuore, i polmoni, la pressione, la respirazione, la storia e le resistenze personali⁵⁸.

Esso, però, è anche il luogo delle emozioni che, attraverso gli stimoli dell'ambiente, in montagna si risvegliano e possono contribuire a rimandare all'individuo una percezione del Sé integra e riunificata nelle sue parti frammentate. Fortemente ancorata al corpo è anche la memoria, alla quale le esperienze in montagna conducono dopo il sentire pre-riflessivo.

⁵⁸ Cfr. Frugoni E., *L'arrampicata come strumento terapeutico negli adolescenti*, Corso specialistico di formazione sulla montagnaterapia, Massa-Carrara, 5-6 aprile 2014, atti non pubblicati.

“Noi, quindici giovani con disturbi psichici gravi [...] Il procedere lento per i sentieri della montagna ci dà la possibilità di prendere contatto col nostro corpo e con le nostre emozioni”⁵⁹.

“La bellezza è questa. Se sorrido so che sto sorridendo, c’ha un significato il mio sorriso. Non è un sorriso stolto, un sorriso da scemo, è un vero sorriso. Se piango è un vero pianto. Oggi abbiamo giocato, abbiamo scherzato, e quando scherziamo e mi vien fuori il sorriso è vero. Mi piace perché son diventato vero”⁶⁰.

La montagnaterapia si pone, in definitiva, l’obiettivo di sviluppare una dialettica tra i frammenti sparsi del mondo della sofferenza psichica, che permetta alla persona di ricucire la faglia riguardante l’immagine corporea. Il soggetto può ritrovare una consapevolezza di sé ed avere la percezione di esser-ci nella realtà. Il proprio corpo non è solo un organismo, ma anche un’unità vivente irripetibile e strettamente singolare, il corpo vissuto, il *Leib*⁶¹: un’espressione della sua personalità.

Quale condizione funzionale, relazionale, cognitiva e comunicativa, il corpo è da valorizzare e da rendere oggetto di attenzione, predisponendolo ad affrontare le diverse condizioni, oltre che meteorologiche, della quotidianità.

Il grande utilizzo del materiale videoregistrato durante le attività di montagnaterapia è connesso all’attenzione peculiare rivolta da tale approccio alla corporeità. Le immagini dei luoghi visitati possono rivelarsi importanti per il percorso che gli individui stanno affrontando, favorendo commenti e verbalizzazioni che permettono la rielaborazione dell’esperienza. Si tratta di un momento importante dell’intervento, in quanto facilita il ricordo di certi momenti, sia positivi sia critici, e il riconoscimento delle emozioni. Gli utenti, rivedendo dopo alcuni mesi ciò che sono riusciti o meno a fare durante in montagna, recuperano la memoria di quello che hanno vissuto. Ma, soprattutto, è importante rivedere il proprio e l’altrui corpo impegnato a muoversi nell’ambiente montano: per molte persone può voler dire capire di avere un corpo. Vedere la propria immagine, la propria figura fisica può

⁵⁹ AA.VV., *Non ci scusiamo per il disturbo*, Selargius, Domus de Janas, 2013, p. 25.

⁶⁰ Giorgi M. e Dardani A., *Semus fortes*, 2010.

⁶¹ Cfr. Salsa A., *Il tramonto delle identità tradizionali. Spaesamento e disagio esistenziale nelle Alpi*, Torino, Priuli & Verlucca, 2007, pp. 98 e sgg.

aiutarle a ricostruire la propria identità, rimanendo così lontane dal rischio di contraffazione psicotica dell'esperienza stessa⁶².

Il percorso evolutivo dell'uomo è un'esplorazione incessante che si articola anche mediante la scoperta dei propri limiti e delle proprie risorse. Attraverso esperienze dirette, la montagna è una palestra che insegna il senso del limite e permette di incorporarlo.

Il soggetto, trovandosi in un ambiente diverso da quello abitato e frequentato abitualmente, ha la possibilità di riconoscere ed entrare in contatto con alcuni dei propri limiti. Questi possono essere legati al corpo, a paure e resistenze che le persone hanno dentro di sé, alla loro fatica ma anche alla capacità organizzativa.

La forte sperimentazione della modalità di relazionarsi con il proprio limite che la montagna rende possibile, mostra all'individuo una nuova dimensione di esso, non visto più come ostacolo ma come punto di partenza e apertura di una possibilità.

Questo aspetto è spiegato molto bene dalle parole di Efisio del gruppo di Villacidro:

“Un sentiero di montagna, intrigante e impegnativo da percorrere come allo stesso modo lo è il percorso della vita; più si cammina e più si sale più la fatica si fa sentire come lo sforzo fatto in un qualsiasi momento della vita, ma abbandonare il sentiero non sarebbe la scelta giusta come non sarebbe giusto fermarsi al primo ostacolo della vita; riposati e poi riprendi il cammino”⁶³.

Il soggetto che incontra il proprio limite, elemento fondamentale di conoscenza, cerca al tempo stesso di superarlo utilizzandolo come stimolo. Acquistando consapevolezza riguardo al proprio movimento, alle proprie emozioni, ai propri pensieri, la persona può iniziare ad organizzarli e sfruttarli per far fronte a situazioni nuove. In sostanza, scopre e impara a sfruttare le risorse che ha: la montagnaterapia costituisce, allora, uno strumento per raggiungere la consapevolezza di sé.

Utilizzando l'arrampicata come metafora del percorso dell'individuo, è possibile dire che le due corde che utilizza per progredire sono quella dell'autostima – legata alle

⁶² Cfr. Scoppola G., *Dentro la montagnaterapia: storia, radici, strumenti*, Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al Corso di formazione Sopraimille, Riva del Garda 9-11 settembre 2005, Trento, Edizioni Provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute, 2006, p. 34.

⁶³ AA.VV., *Non ci scusiamo per il disturbo*, Selargius, Domus de Janas, 2013, p. 31.

competenze, all'esperienza e alla fiducia in sé – e quella della consapevolezza, di sé e di ciò che gli sta intorno. Sono necessarie, però, la capacità di riconoscere gli ostacoli – interni ed esterni – e la possibilità di accettarli per dare vita ad un'azione verso l'alto, che porti a superarli: si tratta di un vero e proprio processo creativo⁶⁴.

2.2.3 IL GRUPPO E LA RELAZIONE IN MONTAGNA

“Se riusciamo a percepire gli altri individui, alla nostra stessa stregua, come incatenati, tramite una molteplicità di legami, all'ambiente non umano da un innato nesso funzionale e strutturale e, nello stesso tempo, come trascesi e anche schiacciati da tale ambiente, tenderemo allora ad avere nei loro confronti un atteggiamento di riconoscimento, di accettazione e, soprattutto, compassionevole”⁶⁵.

In montagna lo sguardo comincia ad alzarsi dai propri piedi e a scrutare, scoprendo luoghi ma incontrando anche persone.

La severità dell'ambiente induce al superamento del proprio egocentrismo e rende necessaria la cooperazione nelle situazioni complesse: non a caso, le prime società di uomini si sono riunite per far fronte alle difficoltà che un ambiente ostile poneva loro, riuscendo insieme dove da soli non avrebbero potuto.

Il gruppo, metodo comune a numerose attività riabilitative all'interno della Salute Mentale, nella montagnaterapia prende la forma di un “campo esperienziale”⁶⁶, oltre a costituire un dispositivo di conoscenza e autoconoscenza e uno spazio che accoglie e permette di instaurare relazioni molto intime e dirette.

Gli individui, uniti dal fare un'esperienza particolare, sperimentano la solidarietà, come cosciente unione delle forze per affrontare e superare un ostacolo comune. Col tempo è possibile notare la coesione del gruppo, specialmente nei momenti di

⁶⁴ Cfr. Magnaguagno F., *Versante Nord. Montagnaterapia e disagio giovanile: Impariamo a scalare le nostre difficoltà*, Atti del convegno nazionale di montagnaterapia *Montagna solidale: i versanti della Montagnaterapia*, Pomezia 2009, p. 65.

⁶⁵ Searles H. F., *The nonhuman environment in normal development and schizophrenia*, tr. It. *L'ambiente non umano nello sviluppo normale e nella schizofrenia*, Torino, Einaudi, 2004.

⁶⁶ Di Benedetto P. e De Toma N., *Dimensioni terapeutiche del gruppo*, Atti del convegno *Sentieri di salute: la montagna che cura* Bergamo 12-13 novembre 2010, p. 39.

difficoltà. Spesso, i contrasti fra gli utenti che sono presenti all'interno della struttura durante l'uscita in montagna spariscono, così come le intolleranze individuali date, ad esempio, dal trovarsi troppo vicino all'altro.

Il singolo inizia a sentire di appartenere al gruppo: lo riconosce sempre di più come proprio e dei suoi compagni e lo percepisce come un punto di riferimento emotivo dentro di sé, capace di rafforzare le sue caratteristiche di coesione, continuità e vitalità, alla base del benessere di ogni individuo.

Il senso di appartenenza e le risorse collettive favoriscono il raggiungimento dell'obiettivo comune. I soggetti sono spinti dall'idea del gruppo a superare i limiti che singolarmente non oltrepasserebbero e a continuare a camminare fino alla meta.

“In un gruppo l'individuo scopre di possedere capacità che sono solo allo stato potenziale fino a che egli si trova in un relativo isolamento. Il gruppo dunque è qualcosa di più che un aggregato di individui perché nel gruppo un individuo è qualcosa di più di un individuo isolato”⁶⁷.

In montagna il gruppo, oltre ad essere uno stimolo in direzione della meta, è lo spazio per condividere entusiasmo, difficoltà e fatica. In esso, grazie anche ai condizionamenti imposti dall'ambiente, si riattivano dinamiche emozionali e sentimenti che, spesso senza grande difficoltà, affiorano e vengono riconosciuti. “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”⁶⁸.

Il gruppo risulta essere, inoltre, uno strumento efficace per affrontare esperienze nuove: ad esempio, può stemperare e rendere più sostenibile il carico di aspettative, fantasie e paure legato all'arrampicata.

L'individuo, in montagna, condivide nel e col gruppo esperienze emotivamente e psicologicamente forti vissute però singolarmente. È, allo stesso tempo, solo e parte di un gruppo: cammina o arrampica riconoscendosi interprete della propria vita, ma percepisce il legame con gli altri. Sperimenta l'autonomia – sia nelle scelte sia nell'azione – e la gratificazione personale legata al raggiungere l'obiettivo, ma si

⁶⁷ Bion W.R., 1979 in Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Milano, Franco Angeli, 2003, p. 90.

⁶⁸ Giacomoni P., *Il laboratorio della natura. Paesaggio montano e sublime naturale in età moderna*, Milano, Franco Angeli, 2001, p. 117.

rispecchia e sperimenta un confronto diretto con gli altri membri del gruppo, con il loro riuscire o meno.

La persona parte, compie il suo percorso ed arriva con uno zaino contenente la sua attrezzatura, la sua sofferenza, i suoi pensieri, la sua storia e le sue conoscenze, che poi condivide e mette a disposizione delle altre persone, alle quali può chiedere ciò che gli manca. Ognuno diventa, così, un elemento importante per l'integrazione del gruppo, intesa come processo per cui il sistema acquista e conserva unità strutturale e funzionale mantenendo la differenziazione degli elementi. L'uguaglianza e la diversità sono riconosciute e valorizzate contemporaneamente: ogni individuo ha un bagaglio di risorse e di limiti, ma allo stesso tempo una miscela singolare di questi. Ognuno può affidarsi al gruppo e, allo stesso tempo, impara ad assumersi la responsabilità nei confronti propri e degli altri, siano accompagnatori o utenti.

Una caratteristica importante dei gruppi di montagna terapia è quella di non essere costituiti unicamente da utenti e operatori dei servizi, ma anche da esperti della montagna. Allontanarsi dalla struttura, avendo l'opportunità di conoscere e frequentare persone non appartenenti al circuito della psichiatria, è fondamentale: si tratta di relazioni propedeutiche al mondo "reale".

All'interno del gruppo, l'unica autorità che risalta è quella della guida, la quale facilita il contatto del soggetto con l'ambiente montano e garantisce la fattibilità e la sicurezza dell'attività.

L'identità del gruppo si modifica: da essere composto da individui affetti da una patologia e dai loro operatori, diventa formato da persone, ognuna con le proprie caratteristiche e peculiarità, che vanno in montagna e condividono lo stesso interesse. L'appartenenza di utenti ed operatori a questo gruppo più ampio favorisce la costruzione di una sorta di identità vicaria.

Tutti si scoprono importanti all'interno del gruppo e funzionali ad esso: per le persone con patologia psichica, che spesso vivono al margine, ciò significa ritrovare uno spazio proprio e vedersi riconosciuta una forma di identità⁶⁹. Questi individui, in montagna, sono chiamati ad esprimere forze spesso inibite dalla malattia, espletando un ruolo non patologico. Ciò risponde al loro bisogno di sentirsi uguali a tutti gli altri, facendoli avvicinare a quella normalità assolutamente estranea.

⁶⁹ Cfr. Saglio G., Zola C., *In su e in sé. Alpinismo e psicologia*, Torino, Priula & Verlucca, 2008, p. 96.

L'immagine della cordata nell'alpinismo rappresenta una metafora particolarmente significativa della vita di relazione in generale e della relazione tra operatore ed utente, con i suoi dinamismi e le sue ambivalenze. Esprime con chiarezza, inoltre, alcuni elementi importanti delle dinamiche di gruppo in montagna.

Gli individui legati insieme si trovano uniti e devono collaborare. La cordata è di importanza vitale ma nello stesso tempo limita i soggetti – mettendoli nella condizione di poter essere trattiene o strattonati – e induce nuove spinte a liberarsi. L'autonomia e il mantenimento di un legame si richiamano l'un l'altro: per compiere l'azione è necessario unirsi all'altro, ma ciò condiziona ed invita a svincolarsi. In montagna il sostegno reciproco serve per realizzare ciò che da soli sarebbe impossibile, per raggiungere l'obiettivo comune e superare i limiti individuali. Nella cordata conta il fare insieme, non la prestazione del singolo, in quanto c'è interdipendenza tra l'azione individuale ed il buon esito dei movimenti dell'altro e del gruppo. Ogni soggetto si rende conto di essere una parte importante della realtà e che le proprie azioni possono salvare se stessi e gli altri.

Per arrampicare le persone devono essere almeno due. Chi assicura è responsabile e si prende cura della salita altrui, dando suggerimenti e assicurando la progressione. L'altro affronta individualmente il proprio percorso e si affida a chi lo sostiene, con la possibilità di viverlo come presenza rassicurante. L'inversione dei ruoli, in momenti ravvicinati, rappresenta metaforicamente la dinamica relazionale di un dialogo, in cui i due soggetti imparano a dare spazio all'altro permettendogli di esprimere se stesso⁷⁰.

A differenza di quanto può accadere nel setting ordinario, nell'ambiente naturale non contraffatto della montagna, la relazione si costruisce e si struttura a partire da scambi comunicativi tra i corpi, e per questo è autentica. La montagnaterapia dà, quindi, una preziosa opportunità per sperimentare, in modo nuovo, la qualità delle relazioni.

L'operatore accompagna l'autoesplorazione del soggetto e la sua (ri)scoperta di ciò che autenticamente è, facilitando le relazioni tra il gruppo e gli esperti e facendo da

⁷⁰ Cfr. *ivi*, p. 7 e sg. e Frugoni E., *L'arrampicata come strumento terapeutico negli adolescenti*, Corso specialistico di formazione sulla montagnaterapia, Massa-Carrara, 5-6 aprile 2014, atti non pubblicati.

interfaccia tra ambiente e individuo. Condividendo le attività con l'utente, aiuta questo a cogliere il potenziale trasformativo della montagna e a decodificare il significato e il valore degli stimoli che questa offre. Inoltre, guida la persona alla scoperta delle analogie tra percorso in montagna e percorso umano, come l'esistenza di prospettive diverse per affrontare le difficoltà o la presenza di strategie che danno la forza di andare avanti nei momenti di grande stanchezza. L'operatore, quindi, aiuta il soggetto a divenire consapevole dei processi in atto, sollecitando la riflessione ed il confronto sugli eventi e stimolando successivamente il ricordo.

La relazione tra operatore ed utente in montagna è fondata su aspetti di condivisione dell'esperienza. Il primo aspetto che hanno in comune è la non-onnipotenza: tutti sono posti in condizioni di relativa uguaglianza, in quanto inesperti e non competenti nella frequentazione dell'ambiente montano. Mentre all'interno della struttura psichiatrica l'operatore è l'esperto, in montagna, come gli utenti, si riscopre ospite di un ambiente naturale, deve sottostare alle regole della natura e confrontarsi con tutti gli altri per risolvere i problemi che essa pone.

La sua corporeità, nell'attività di montagnaterapia, è messa in gioco al pari di quella dell'utente: prova stanchezza, fatica e difficoltà allo stesso modo. Il suo corpo "diviene specchio dei fantasmi dell'altro"⁷¹, in un continuo confronto in cui a volte è l'utente a mostrare maggiori capacità e competenze sul piano psicomotorio, con indubbe ricadute positive. Situazioni in cui è il soggetto a stimolare il cammino di un suo compagno stanco o ad aiutare l'operatore risultano incidere positivamente sulla sua autostima.

Sentire e vedere la fatica, lo sconforto e la paura degli altri durante l'attività in montagna, permette di conoscere la parte più umana propria e altrui e può riaccendere nell'utente la speranza: anche gli altri incontrano e devono affrontare la vulnerabilità, il sacrificio, lo sforzo e l'impegno, non solo in quella camminata o scalata, ma anche nella propria quotidianità e nei rapporti con gli altri e con sé. L'operatore, così, non è vissuto come un mito o un superuomo onnipotente, ma come una testimonianza autentica di essere umano, con le proprie difficoltà e capacità, e come un modello raggiungibile, in cui il soggetto può parzialmente riconoscersi.

⁷¹ Lapierre A., Aucouturier B., *Il corpo e l'inconscio in educazione e terapia*, Roma, Armando, 1982, p. 92.

In montagna si verifica un parziale abbattimento della gerarchia tra utenti ed operatori della Salute Mentale, a partire dall'atteggiamento attivo del soggetto che contrasta la passività e la dipendenza che può essere presente nei servizi. Le distanze e le differenze sfumano e ognuno prende coscienza dei propri limiti e dei propri punti di forza: non ci sono più le etichette di "sano" o "malato", e tantomeno i camici che non permettono di guardare oltre per scorgere un corpo e dei bisogni. I legami sono saldi ma non rigidi, dando la possibilità di scoprire aspetti dell'altro rimasti nascosti. È come se da parte dell'operatore ci fosse una *self disclosure*, un'autoapertura: è possibile conoscere la sua eventuale passione per la montagna, la sua esperienza, il suo riuscire o non riuscire nel camminare e nell'arrampicare, alcuni tratti del suo carattere. Uscendo dalla struttura e facendo fatica insieme all'utente, trasmette inoltre un desiderio di vicinanza, utile per ridurre le resistenze al cambiamento del soggetto⁷².

In un clima di cooperazione e di responsabilizzazione come quello presente durante l'attività in montagna, è frequente che i pazienti che in ambulatorio danno del "lei" al medico gli diano del "tu" e che si aprano con esso in un confronto significativo.

Tutto questo non rende meno autorevole il medico o l'operatore rispetto al suo ruolo: ne mostra semplicemente l'aspetto più umano. La relazione di cura non si annulla quando la propria professione viene svolta in un ambiente diverso dal solito e facendo sperimentare alla persona una situazione più vicina alla normalità.

L'operatore possiede una maggiore consapevolezza degli intenti trasformativi verso obiettivi auspicati e la responsabilità verso il soggetto e il proprio mandato ma, allo stesso tempo, riconosce il valore di ciò che l'individuo manifesta riguardo a sé, alla propria sofferenza e al proprio benessere. Ecco come le due persone, percorrendo un pezzo di strada insieme, creano la *partnership*, fondamentale per il raggiungimento della meta riabilitativa.

⁷² Cfr. Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica*. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione, Milano, Franco Angeli, 2006, p. 157.

2.2.4 RISULTATI

Proporre attività riabilitative rende necessario dimostrare che ciò che si fa è efficace e giustifica l'uso di risorse. Tra i servizi che portano avanti progetti di montagnaterapia emerge una visione omogenea di tale attività, considerata positiva per gli utenti: ma questo non basta. Si pone il problema della valutazione del contributo che la montagnaterapia può offrire o meno al cambiamento e al benessere dei soggetti. Ciò non è privo di difficoltà. Definire i tempi adeguati per il cambiamento e il raggiungimento dell'efficacia dell'intervento è complicato, così come individuare una modalità valutativa che faccia attenzione al giudizio degli utenti stessi rispetto all'attività proposta, ma particolarmente complesso diventa isolare variabili circoscritte. Nell'ambito del programma terapeutico-riabilitativo in cui è coinvolta la persona, la montagnaterapia è impiegata in maniera complementare agli altri trattamenti ed attività. Pertanto è problematico analizzare l'effetto peculiare dell'approccio in esame sull'utente, essendo questo multitrattato. Ad aiutare può essere l'insieme degli interventi o il miglioramento dovuto, ad esempio, alla psicoterapia o alla terapia farmacologica.

La metodologia di valutazione dell'attività è stata inserita fra gli elementi esaminati in una ricerca mirata ad identificare i punti di contatto e di divergenza tra i vari gruppi di montagnaterapia, per l'individuazione di tecniche comuni.

Secondo tale indagine, varie sono le modalità e le frequenze con cui nei diversi progetti è attuata la valutazione: sono molto utilizzati questionari individuali, ma anche l'osservazione – strutturata – del singolo utente da parte dell'operatore. Possono essere impiegate anche scale di valutazione codificate e standardizzate, ma con il limite di non permettere al soggetto di esprimersi completamente⁷³. Come già precedentemente detto, per questa operazione può rivelarsi utile anche il materiale fotografato e videoregistrato durante lo svolgimento delle attività.

Riunisco i risultati e le osservazioni derivati da alcune ricerche sulla montagnaterapia in base ai nodi focali delle attività da me indicati in tale lavoro.

⁷³ Gentili I., *Sentieri di Salute: una ricerca sulla montagna e il suo potenziale riabilitativo*, Università degli Studi di Milano, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, a.a. 2008/2009.

- Ambiente

I dati quantitativi e qualitativi concordano nell'indicare l'ambiente come uno degli elementi che rende significativa l'attività in montagna, fondata sull'unione del sentire, del pensare e dell'agire. Il trekking promuove la riflessione sul proprio mondo interno e, allo stesso tempo, richiede attenzione verso l'esterno, vigilanza e prontezza nel rispondere agli stimoli circostanti e stabilità emotiva, oltre ad una buona capacità di memorizzazione e di rappresentazione mentale del percorso.

- Persona

In seguito agli interventi, si rileva nell'individuo una riduzione dei ricoveri e una maggior aderenza alle terapie e ad altre attività. Le uscite favoriscono, attraverso la conoscenza e la consapevolezza delle proprie risorse e dei propri limiti e il confronto con ostacoli naturali o artificiali, la strutturazione dell'Io. L'autostima, il senso di autoefficacia e l'autonomia personale crescono e la cura di sé, la gestione della fatica e dell'ansia migliorano.

Le attività di montagnaterapia rappresentano per i soggetti partecipanti un'occasione per vivere esperienze ottimali. Queste sono caratterizzate da un grande investimento di attenzione e concentrazione, da una sensazione di benessere e di soddisfazione personale, dalla percezione di sfide e capacità personali adeguate, dal controllo delle proprie azioni e dell'ambiente, dalla scomparsa dell'auto-osservazione e della preoccupazione per il proprio comportamento e da una motivazione intrinseca. Prevalentemente, è associata a studio e lavoro, nonché a sport ed attività artistiche che richiedono concentrazione e coinvolgimento e supportano l'iniziativa e l'autonomia⁷⁴.

L'esperienza ottimale, nello specifico della montagnaterapia, perdura dalla fase di progettazione fino al termine e successivamente.

- Corpo

Con l'attività in montagna, si riscontra un miglioramento della percezione corporea, che ne contrasta l'alterazione spesso presente nei soggetti affetti da malattia mentale.

⁷⁴ Cfr. Lanfranchi F., Frecchiami A., Delle Fave A., *La valutazione in montagnaterapia: ricerca sull'esperienza ottimale nel contesto montano*, del convegno *Sentieri di salute: la montagna che cura* Bergamo 12-13 novembre 2010, p. 104 e sgg.

Nel tempo si evidenziano miglioramenti nel tono muscolare e nella coordinazione psicomotoria, che ostacolano la tendenza all'inattività.

- Relazioni sociali

Gli interventi di montagnaterapia favoriscono il superamento delle condotte di ritiro. Il gruppo è contraddistinto da rassicurazione, protezione e sostegno. Le capacità relazionali migliorano e i contatti sociali aumentano, permettendo la nascita e la crescita di relazioni interpersonali sostenibili e significative, che possono essere mantenute anche oltre l'ambito dell'attività in montagna.⁷⁵

Spivak collega l'efficacia di un intervento ai cambiamenti che esso produce nelle aree dello spazio vitale della persona, quali l'abitazione, il lavoro, la cura di sé, lo spazio sociale e la famiglia. In questo senso, un interrogativo importante riguardante la montagnaterapia è se sia possibile il trasferimento degli apprendimenti nell'esperienza di vita del soggetto.

⁷⁵ Cfr. ibidem, Lanfranchi F., Frecchiami A., Delle Fave A., *Interventi riabilitativi ed esperienza ottimale nel contesto montano* in *Psichiatria di Comunità* (www.sollevamenti.org) e Gentili I., *Sentieri di Salute: una ricerca sulla montagna e il suo potenziale riabilitativo*, Università degli Studi di Milano, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, a.a. 2008/2009.

CAPITOLO 3

ESPERIENZE DI MONTAGNATERAPIA

3.1 ESPERIENZE IN ITALIA E ALL'ESTERO

Numerosi sono i progetti di montagnaterapia portati avanti in Italia nell'ambito della Salute Mentale. Si tratta di realtà differenziate, che fanno uso di mezzi e strumenti diversi e che non sempre poggiano sulle stesse scelte, metodologie o presupposti teorici. Tutte sono, comunque, accomunate dalla ricerca di un nuovo strumento di riabilitazione.

Anche in altri paesi – europei ed extraeuropei – sono attivi da tempo programmi terapeutico-riabilitativi, rivolti a diverse tipologie di utenza, che prevedono la natura e la montagna come scenari.

3.1.1 LA COMUNITÀ TERAPEUTICO-RIABILITATIVA MONTESANTO A ROMA

In una giornata di fine agosto del 1997, per sottrarsi alla calura cittadina, gli utenti della Comunità Terapeutico-Riabilitativa Montesanto fanno una passeggiata sui colli romani insieme agli operatori. L'esperienza riscuote grande successo, tanto che le uscite in montagna diventano un'attività strutturata all'interno dei programmi riabilitativi, mostrandosi potenzialmente utili per promuovere la riacquisizione di competenze relazionali e favorire esperienze globali che unificano corpo e mente. Il gruppo comprende una decina di utenti, maschi e femmine, della Comunità e del Centro Diurno ad essa adiacente. Gli operatori sono educatori professionali, infermieri e volontari della struttura, affiancati da soci del C.A.I. durante tutta la realizzazione dell'attività. Col tempo, tutti i partecipanti hanno l'opportunità di sperimentare il semplice escursionismo, le camminate sulla neve e l'arrampicata. Inizialmente sono previste due uscite mensili con una guida del C.A.I., ognuna preceduta da incontri di gruppo per l'organizzazione e la preparazione. Alla fine dei primi quattro mesi viene aperta una sede del Club Alpino presso la CTR Montesanto.

Le gite proseguono a cadenza quindicinale per tutto il 1998 e a cadenza mensile per tutto il 1999. Oltre a queste – divenute un’attività riabilitativa stabile della struttura – ogni anno vengono effettuati soggiorni estivi in località montane, come il Parco Nazionale d’Abruzzo, il Parco dello Stelvio, le Dolomiti, il monte Terminillo. Il gruppo, grazie a questi, ha la possibilità di fare esperienza di gradi maggiori di difficoltà escursionistica, di corsi di orientamento e di rispetto dell’ambiente, nonché della vita in campeggio, in albergo e in appartamenti autogestiti.

All’interno della Comunità prende avvio, inoltre, un lavoro basato sull’osservazione delle fotografie scattate durante le uscite in montagna. Questo ha l’obiettivo di ricordare, creare e mantenere viva una memoria, in particolare emotiva, legata alle attività⁷⁶.

Per gli utenti rivestono grande importanza gli incontri in sede per preparare l’uscita, per controllare il materiale e l’attrezzatura e per confrontarsi con gli esperti.

L’esperienza della Comunità Montesanto favorisce la nascita sul territorio laziale di realtà analoghe, che insieme a questa costituiscono attualmente il Coordinamento per la montagnaterapia del Lazio.

Nel 2000, inoltre, alcuni operatori delle Aziende Sanitarie Locali (AA.SS.LL.) e di realtà sociali formano il Gruppo di lavoro per la montagnaterapia insieme a volontari attivi come soci od istruttori all’interno del C.A.I. La loro attività dà continuità e forza alle esperienze in montagna e mantiene aggiornato il corpo di conoscenze teoriche e pratiche dell’approccio in questione, grazie a riunioni mensili e convegni annuali specifici.

3.1.2 IL PROGETTO “SOPRAIMILLE”

Il Progetto “Sopraimille” prende avvio nel 2003, quando alcuni operatori del Centro di Salute Mentale di Arco (TN) pensano di inserire nell’ambito della riabilitazione psichiatrica l’ambiente naturale della montagna.

⁷⁶ Cfr. Ermini D., *Pedagogia dell’esperienza in ambito montano*, Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al Corso di formazione Sopraimille, Riva del Garda 9-11 settembre 2005, Trento, Edizioni Provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute, 2006, pp. 40 e sgg.

Per concretizzare questa idea, si rivela necessaria la collaborazione con alcuni esperti e nasce, grazie ad un accordo, un'équipe composta da operatori psichiatrici, soci della sezione S.A.T.-C.A.I. di Riva del Garda ed una guida alpina.

I differenti ruoli di questi si integrano per raggiungere gli obiettivi stabiliti. I destinatari del progetto avrebbero potuto recuperare il senso di sé e alcune abilità, avere un legame migliore con l'ambiente, sviluppare relazioni interpersonali valide e un senso di appartenenza al gruppo.

Gli utenti che inizialmente partecipano al progetto sono individuati dal proprio psichiatra in base ad una riconosciuta motivazione e al quadro di un programma riabilitativo più ampio.

Oggetto di particolare attenzione è la composizione del gruppo, al fine di renderlo allo stesso tempo composito ed equilibrato; non vengono determinate a priori patologie o problematiche che possano controindicare o favorire la partecipazione all'esperienza.

Nella fase di attuazione del progetto sono previsti incontri, presso il Centro di Salute Mentale o la sede della S.A.T., utili per conoscersi e creare un clima di gruppo positivo, nonché per ricevere informazioni e spiegazioni tecniche utili per le uscite in montagna. Ognuna di queste viene progettata da tutti e seguita da un lavoro di rielaborazione e riflessione.

Le attività proposte sono varie e con caratteristiche crescenti di difficoltà: escursioni, uscite in grotta, gite sulla neve con ciaspole o con sci, arrampicata.

Inoltre, ogni esperienza viene organizzata seguendo un tema specifico, definito dagli operatori in base agli scopi previsti dal progetto, quali la coesione del gruppo e le relazioni interpersonali al suo interno, l'orientamento, l'osservazione e la conoscenza della natura e dell'ambiente montano, la cultura dei luoghi e le tradizioni del passato. Ciò, attraverso l'attività, consente ai partecipanti il confronto tra il Sé e la realtà.

Col tempo il gruppo si consolida e cresce. Gli operatori colgono che quello che all'interno della struttura solitamente accade con difficoltà, in montagna avviene in maniera più semplice e diretta.

La validità del percorso trova conferma nel progressivo miglioramento riscontrato in base ad una serie di parametri, tra i quali l'autostima, la qualità delle relazioni

interpersonali, il livello di ansia, i tipi di comportamenti agiti, il rapporto con il proprio corpo⁷⁷.

Ma il gruppo Sopraimille, mentre porta avanti la sua attività in montagna, si guarda anche intorno, scoprendo l'esistenza di altri operatori ed utenti della Salute Mentale che, in diverse parti d'Italia, si muovono su percorsi molto simili al loro. Il seminario di montagnaterapia Sopraimille è un'occasione creata dai trentini proprio per incontrare tutti gli altri dalla quale germogliano anche una serie di corsi di formazione successivi.

3.1.3 SVIZZERA

In Svizzera, un'esperienza di montagnaterapia è presente nel Canton Ticino. In tale area, in seguito alla legge sull'assistenza sociopsichiatrica cantonale del 1° Gennaio 1985, tutti i servizi di Salute Mentale – gestiti autonomamente fino a quel momento – vengono riuniti nell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale (OSC). Questa viene, quindi, ad essere l'ente che comprende la totalità delle strutture pubbliche, sia stazionarie sia ambulatoriali, programmate per la presa in carico del paziente con problematiche di tipo psichiatrico.

Nel 1994, l'Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale (ONC), attivo fin dal 1898, viene riorganizzato e diviso in due strutture differenti. La Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC) si occupa della cura e della riabilitazione dei pazienti acuti, mentre il Centro Abitativo, Ricreativo e di Lavoro (CARL) di ospiti cronici stabilizzati. Entrambi si trovano a Mendrisio, capoluogo del Canton Ticino⁷⁸.

La Clinica Psichiatrica Cantonale include tre reparti differenti: il reparto ammissione, l'area psicogeriatrica e l'area riabilitativa. Coloro che sono ricoverati in quest'ultima area mostrano un quadro clinico meno compromesso rispetto alle persone che si trovano negli altri settori e seguono un percorso di tipo prettamente riabilitativo. Gli utenti hanno l'opportunità di partecipare ad attività espressive, ma non solo: in

⁷⁷ Cfr. Gruppo Sopraimille, *Montagna e disagio psichico: una possibile integrazione*, Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al Corso di formazione Sopraimille, Riva del Garda 9-11 settembre 2005, Trento, Edizioni Provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute, 2006, pp. 22 e sgg. e www.sopraimille.it

⁷⁸ www.ti.ch/DSS/DSP/OrgSC/

questo reparto esiste un gruppo di montagnaterapia. Tale progetto viene avviato e portato avanti da due infermieri, specialisti in Salute Mentale, della struttura, grazie alla collaborazione del Club Alpino Svizzero (C.A.S.) e di volontari di associazioni lontane dall'ambito sanitario⁷⁹.

L'attività riabilitativa si rivolge non solo a soggetti in fase acuta, ma anche a persone che frequentano i Centri Diurni del Canton Ticino. I metodi utilizzati e gli obiettivi per cui l'attività in montagna è messa in atto sono vari, in quanto definiti sulla base della tipologia di utenza. Tutte le forme di esperienza, comunque, sono contraddistinte dalla passione per la montagna.

Per l'individuo sofferente di patologia psichica in fase acuta uscire dagli spazi chiusi e abituali per recarsi in luoghi nuovi, immensi e aperti, costituisce un elemento importante e positivo. Inoltre, il passaggio dall'apatia – presente con una certa frequenza nel soggetto portatore di tale problematica – alla dimensione del gruppo – che caratterizza le attività svolte in montagna – permette alla persona di instaurare e sviluppare relazioni.

I risultati ottenuti grazie al progetto di montagnaterapia possono contribuire a diminuire i tempi del ricovero nel reparto, in quanto è possibile riscontrare effetti positivi sulla dimensione clinica e comportamentale dei partecipanti.

3.1.4 SPAGNA

La S.E.M.E.D. – Associazione spagnola di Alpinismo e Scalata per Disabili – e la F.E.M.A.D. – Fondazione spagnola di Alpinismo e Sport Adattato – sono attive in Spagna da più di vent'anni. Esse si occupano di attività di montagnaterapia e operano con soggetti portatori di handicap sia fisici sia psichici.

I gruppi coinvolti nelle esperienze che tali associazioni portano avanti hanno la peculiarità di essere misti, ovvero di comprendere individui con diverse tipologie di disabilità. Insieme a persone affette da malattia mentale vanno in montagna, ad esempio, soggetti ipovedenti, sordomuti, privi di un arto, con problematiche cardiologiche o oncologiche.

⁷⁹ Lomazzi F., *Montagnaterapia. Alcune esperienze internazionali* in Calzolari L. e Mandelli S., *Sentieri di Salute* in *La rivista*, anno 130, n. 2 (gennaio-febbraio 2009).

Tale caratteristica è legata ad uno degli obiettivi principali che l'attività in montagna, in questo caso, si pone: quello di favorire l'integrazione sociale degli individui, che spesso presentano grandi difficoltà sul piano relazionale e della socializzazione, senza distinzioni in base al tipo di disabilità. Questo contribuisce a smentire il comune pregiudizio secondo il quale l'handicap fisico è più grave di quello mentale⁸⁰.

All'inizio del progetto vengono analizzate le capacità individuali dei singoli membri del gruppo, dimensioni sulle quali successivamente sono valutati gli eventuali risultati e il raggiungimento degli obiettivi. Questi sono posti in maniera graduale: partono dall'occupazione del tempo libero, già difficoltosa per le persone con disabilità grave, e passano attraverso il raggiungimento di traguardi sempre più complessi, quale l'inserimento sociale e lavorativo, per arrivare ad ottenere una completa autonomia personale. Il progetto che riguarda il singolo utente arriva a conclusione quando questo raggiunge tale scopo.

Negli anni, gli utenti appartenenti ai gruppi di montagnaterapia di queste due associazioni hanno l'occasione di fare molte esperienze e di salire i monti più alti di vari e numerosi paesi: il Monte Bianco, il Breithorn e il Gran Paradiso in Italia; l'Elbrus in Russia; l'Aconcagua in Argentina; il vulcano Cotopaxi in Ecuador; l'Ararat in Turchia; il vulcano Parinacota in Bolivia; il Pico de Orizaba in Messico; il Toubkal in Marocco; il vulcano Damavand in Iran; il Kosciusko in Australia.

Tra i numerosi progetti che la S.E.M.E.D. e la F.E.M.A.D. seguono con i loro gruppi c'è quello scientifico-sportivo-sociale "Sette cime e sette vulcani per tutti". Nato nel 1997, esso ha l'obiettivo di compiere l'ascesa dei sette vulcani più alti del mondo⁸¹.

L'ente si occupa, inoltre, di promuovere campagne informative nelle scuole e nelle associazioni legate alla montagna, nonché convegni scientifici. Crede che sia fondamentale, infatti, combattere lo stigma, al fine di giungere ad una maggiore e migliore integrazione degli individui con disabilità fisica e psichica nella società.

⁸⁰ Carrascosa J.A., *Esperienze dall'Europa: Spagna*, Atti del convegno *Sentieri di salute: i saperi di una montagna che aiuta*, Riva del Garda 2008.

⁸¹ Carruccio F., *Montagnaterapia. Alcune esperienze internazionali* in Calzolari L. e Mandelli S., *Sentieri di Salute* in *La rivista*, anno 130, n. 2 (gennaio-febbraio 2009).

3.2 L'ASSOCIAZIONE ANDALAS DE AMISTADE

Il gruppo terapeutico di Villacidro nasce nel 2006 su iniziativa dello psichiatra Alessandro Coni. Il medico ed altri operatori del Centro di Salute Mentale della ASL n°6 di Sanluri (VS), accostandosi alla solitudine che accomuna tutti gli individui che a loro si rivolgono, “una solitudine che diveniva allo stesso tempo una prigione devastante dalla quale le persone non potevano uscire, nella quale erano imbrigliate”⁸², reputano che sia fondamentale aiutare i soggetti a superare la condizione di completo isolamento che vivono.

Per fare questo non può essere utilizzata unicamente la terapia farmacologica: devono essere create per gli individui occasioni per uscire di casa e incontrare gli altri.

Le importanti dosi di difficoltà e timore presenti inizialmente nei giovani gradualmente diminuiscono: tutti trovano la forza di esprimersi fino a creare, col tempo, un legame profondo con gli altri che consente di parlare anche di angoscia e solitudine senza paura del giudizio come potrebbe accadere in altre situazioni.

“Io ero un po’ devastato dalla malattia effettivamente e mi inserì in un gruppo di persone che avevano avuto i problemi che avevo avuto io. La cosa mi fece subito bene perché mi ritrovai a non essere più solo nel combattere questa brutta bestia. Iniziammo ad affrontare il problema in gruppo col supporto di Alessandro, che lavorò subito sul portare fuori quello che avevamo dentro, le nostre sofferenze, le nostre paure, la non accettazione della malattia. Accettare la malattia è stata una cosa molto importante per venirci fuori. Grazie a questi gruppi ci ritrovavamo sempre uniti perché ognuno tirava fuori quello che aveva dentro. Era un gruppo all’inizio, c’era un po’ di diffidenza, ma poi diventò molto intimo e unito, ci sfogammo tutti quanti e piano piano cominciammo a prendere fiducia l’uno nell’altro e soprattutto in noi stessi”⁸³.

Gli operatori iniziano un percorso, oltre che con gli utenti, con le loro famiglie, le quali si trovano a vivere quotidianamente la paura, la vergogna e l’isolamento. Iniziando a ritrovarsi ogni settimana, capiscono di non essere le sole a vivere quella

⁸² Giorgi M. e Dardani A., *Semus fortes*, 2010.

⁸³ Dal racconto di un ragazzo del gruppo di montagnaterapia di Villacidro (VS), in Sardegna, Osini, 6 settembre 2014.

sofferenza e diventano maggiormente consapevoli della natura della patologia e delle modalità con cui fronteggiare le problematiche ad essa legate.

Dai membri di queste famiglie prende vita l'associazione Oltre il sogno, che ha lo scopo di diventare un punto di riferimento per chi si trova a vivere situazioni analoghe.

La prima esperienza del gruppo di Villacidro fuori dalla struttura è un soggiorno nel paese di Ussassai, tra la Barbagia e l'Ogliastra, dove i giovani hanno l'opportunità di essere accolti nelle case e sentirsi parte di una comunità.

In quei giorni, le donne insegnano loro a fare il pane e a decorare la pasta dura, tipico pane di semola di grano duro prodotto in Sardegna. Inizia così il progetto "Farina del nostro sacco", che vede i soggetti impegnati per un anno in un laboratorio di panificazione in un forno di Villacidro e al termine del quale viene organizzata una degustazione dei pani tipici da loro prodotti. Grazie a questa iniziativa, gli individui prendono confidenza con la manualità e apprendono gli elementi di base di un mestiere legato alla tradizione della propria terra.

L'attività di montagnaterapia nasce da un'idea di un infermiere e di un operatore socio-sanitario del CSM della ASL n°6 di Sanluri, appassionati ed esperti di trekking.

Inizialmente non è facile: molti professionisti della Salute Mentale, ritenendolo un azzardo, sono contrari e la grande maggioranza di coloro che potrebbero aiutare si mostrano indifferenti.

Nonostante questo, otto giovani – insieme ad operatori e volontari – partono per la prima uscita. A questa ne seguono altre, di un giorno o più, diventate numerosissime negli anni.

“Ci portarono a fare questa escursione nel Supramonte di Baunei e lì scattò proprio una scintilla, nel senso che trovai negli operatori quello che non avevo mai trovato nella mia vita. Io prima ero molto egocentrico, molto pragmatico, cercavo assolutamente di realizzare soltanto la mia vita, non pensavo agli altri. E quindi vedere la loro passione, ancora mi commuovo a pensarci, nell'aiutare gli altri fece scattare in me una scintilla. Ricordo che dissi dentro di me: «Un giorno vorrei fare anch'io la stessa cosa». Ancora soffrivo, però scattò subito una molla. La cosa bella è che in mezzo alla natura selvaggia c'era un'atmosfera particolare, c'erano dei ritmi più bassi di quelli frenetici che ti impone la società moderna, quindi i ritmi si abbassavano, l'organismo si rilassava e entravi in simbiosi con quello che è la natura. Quindi ne trassi subito dei benefici, come i miei compagni

d'avventura, e iniziò lì il percorso di recupero, che andando avanti col tempo dava sempre maggiori risultati”⁸⁴.

Da qui è partito il progetto, che in un breve periodo di tempo ha portato alla riduzione delle terapie farmacologiche e del livello di ansia.

Attraverso l'esperienza in montagna, gli operatori – in collaborazione con i familiari e con i volontari – prendono in carico l'inezienza della persona e dimostrano che, oltre i pregiudizi, esiste la possibilità per gli individui affetti da malattia mentale di riappropriarsi della propria vita e di ottenere risultati: i primi raggiunti da questo gruppo sono visibili a tutti⁸⁵.

Uno dei ragazzi dice:

“Io in questo gruppo ho iniziato ad aprire gli occhi. Dal fatto di sentirsi delle nullità all'aver ripreso a stimare di nuovo se stessi, io penso che questo sia il risultato più grande che abbiamo ottenuto, e adesso non solo siamo riusciti a trovare la nostra autostima, ma abbiamo anche una gran voglia di dare quello che abbiamo ricevuto agli altri”⁸⁶.

“Stando a contatto gli uni con gli altri – dice Coni – senza bisogno di nascondere il proprio problema, le persone hanno acquisito consapevolezza di sé e hanno via via ritrovato la propria dignità. Hanno rotto l'isolamento con il mondo e si sono messi in gioco”⁸⁷.

⁸⁴ Ibidem.

⁸⁵ Cfr. AA.VV., *Non ci scusiamo per il disturbo*, Selargius, Domus de Janas, 2013, p. 26 e *Lo stress si combatte nelle montagne della Sardegna: psichiatri a confronto* in *Alghero Eco*, 8 settembre 2014.

⁸⁶ Giorgi M. e Dardani A., *Semus fortes*, 2010.

⁸⁷ *Psichiatria, la terapia si fa in montagna* in *La Nuova Sardegna*, 7 settembre 2014.



Fig. 1 - Sardegna, lavoro di gruppo (anno 2008).

Sempre nel 2006 viene costituita dagli operatori del gruppo l'associazione Andalus de Amistade trekking (Sentieri di amicizia trekking), la quale si occupa di escursioni per soggetti con disagio mentale.

L'anno successivo essa inizia una collaborazione con l'ASL n°6 di Sanluri (VS) e l'associazione dei familiari Oltre il sogno, realizzando il progetto riabilitativo "In Itinere", che coinvolge quindici giovani con disturbi psichiatrici⁸⁸.

Negli anni seguenti, grazie all'esperienza in montagna, gli utenti hanno l'opportunità di ospitare, incontrare e cooperare con alpinisti, operatori, volontari, genitori ed altri giovani. Il contatto con questi si rivela importante sia per l'acquisizione di conoscenze, sia per l'inevitabile confronto di esperienze.

Tappe importanti del progetto di montagnaterapia sono il trekking in Corsica nel 2008 e quello in Nepal nel 2009, l'organizzazione dei quali viene curata attentamente dall'intero gruppo.

Il trekking è diventato per il gruppo anche uno strumento di sensibilizzazione sulle problematiche della malattia mentale. Riguardo all'esperienza ai piedi dell'Everest, i giovani scrivono:

“È un messaggio forte da lanciare alla società, anche attraverso i mass media: un gruppo di giovani con disturbi mentali va a fare trekking sulla catena himalayana.

⁸⁸ www.andalasangistade.altervista.org

I problemi da affrontare simboleggiano la lotta quotidiana, non arrendersi di fronte agli ostacoli, non sentirsi inferiori a nessuno, lottare per i propri diritti, per le nostre passioni, per la nostra vita. Guardiamoci intorno, forse le persone sane hanno le abilità per poter fare qualsiasi cosa?”⁸⁹



Fig. 2 - Nepal, foto di gruppo (anno 2009).

Dopo il ritorno dal Nepal l'associazione Andalus de Amistade passa in gestione agli utenti: si tratta di una svolta decisiva e di un'importante dimostrazione di fiducia da parte degli operatori. Questi, conoscendo il percorso fatto insieme ai giovani, sanno che questi possono assumersi delle responsabilità maggiori e andare da soli ad accompagnare le persone in montagna. Sono diventati, infatti, esperti, capaci di studiare i sentieri, di fare incontri, di occuparsi di chi ha bisogno di aiuto e di gestire le situazioni, utilizzando le tecniche apprese con l'esperienza.

Tra le altre iniziative, l'associazione partecipa anche alla progettazione e all'attuazione di escursioni con la Scuola Media di San Gavino, nelle quali gli utenti assumono il ruolo di guide per i ragazzi, cercando di diminuire i pregiudizi e l'ignoranza spesso frequenti nei confronti della malattia mentale.

Nella primavera del 2009, durante un trekking di tre giorni del gruppo di Villacidro, viene realizzato il film "Semus fortes", che nel 2011 partecipa come finalista alla 59° edizione del Trentofilmfestival.

⁸⁹ AA.VV., *Non ci scusiamo per il disturbo*, Selargius, Domus de Janas, 2013, p. 39.

Nel documentario i ragazzi, guidati nel percorso da un pastore dell'altopiano, senza paura svelano agli altri la propria intimità, aprendosi e parlando della loro storia e dell'esperienza che stanno vivendo in montagna.

Uno di loro dice:

“Noi qua ci siamo creati una società nostra. Fra di noi il disagio non esiste più. Qua ci sono delle persone che avevano paura di uscire di casa, me compreso, adesso le persone sono qua e si stanno aprendo pubblicamente con gli altri”⁹⁰.

Pochi anni dopo, nel 2013, esce il libro “Non ci scusiamo per il disturbo”, narrazione in cui le voci dei singoli individui si alternano a parti corali, scritte a più mani da dodici dei giovani del gruppo. Descrivendo le varie tappe del percorso fatto insieme agli operatori, i soggetti raccontano il cambiamento che questo ha provocato in loro. Tra le pagine è possibile cogliere l'immobilità e la solitudine dei singoli, ma anche la fiducia in se stessi, la riconosciuta importanza della relazione con sé, con l'altro e con la natura, la maggiore capacità di gestire l'angoscia.

Le prove del trekking fanno maturare nelle persone pensieri e consapevolezza del tutto nuove, che permettono di superare le barriere della malattia e di trasformare le loro esistenze da un problema a una risorsa per la collettività.

“Col passare del tempo pensammo di venire fuori allo scoperto, era l'ora di parlare della psichiatria e di fare sentire le nostre voci, perché sapevamo di poter dare un contributo importante. Allora intanto iniziammo, dopo i gruppi, ad organizzare delle cene, a uscire nelle nostre comunità anche sotto i pregiudizi degli altri e piano piano siamo riusciti a sensibilizzare l'opinione pubblica. La svolta forse fu proprio quel documentario, perché con quello siamo riusciti a dare un segnale importante, a lanciare dei messaggi importanti, ma soprattutto a far vedere in che modo noi pensavamo. Volevamo vivere uno stile di vita diverso per cui, come in montagna, le persone più in difficoltà stanno davanti e sono le più aiutate”⁹¹.

Il film e il libro costituiscono la prova concreta dell'uscita degli individui dall'isolamento. Il gruppo non solo non è scollegato dal resto della comunità, ma comprende che è importante avvicinarsi ad essa e coinvolgerla nell'ascolto e nella

⁹⁰ Giorgi M. e Dardani A., *Semus fortes*, 2010.

⁹¹ Dal racconto di un ragazzo del gruppo di montagnaterapia di Villacidro (VS), in Sardegna, Osini, 6 settembre 2014.

scoperta delle proprie storie. Andalus de Amistade porta, allora, le testimonianze in giro per il Nord Italia e in Slovenia. Le persone raccontano la propria esperienza davanti ad un pubblico numeroso senza grandi difficoltà, consapevoli del fatto che ciò che dicono e mostrano è importante non solo per loro, ma per tutti.

“Noi non ci arrendiamo, vorremmo per tutti una speranza, vorremmo vivere in un mondo senza differenze, non soffrire per colpa di ignoranze razziali o differenze sociali, che fanno più male di una semplice patologia. È vero siamo diversi ma ciò non giustifica certi comportamenti. Per questo abbiamo organizzato un incontro in piazza con tutta la popolazione, per sensibilizzare l’opinione pubblica, una bella festa dove molti hanno partecipato. Il messaggio rivolto a chi ha paura degli altri, non ci dobbiamo nascondere”⁹².

Oltre al desiderio di incontrare le persone e far conoscere la propria storia, cresce nei giovani e negli operatori la voglia di apprendere dalle esperienze degli altri gruppi che, in Italia, portano avanti progetti simili al loro. La ASL di Sanluri e l’associazione Andalus de Amistade organizzano, a questo scopo, il primo convegno nazionale itinerante di montagnaterapia, che ha avuto luogo lo scorso anno tra le montagne dell’Ogliastra. Qui, oltre a fare escursioni, gli esperti di montagna, gli operatori e gli utenti per tre giorni si sono confrontati sulla pratica della montagnaterapia in ambito riabilitativo.

Riguardo al percorso fatto in questi anni, i giovani scrivono:

“In questo lungo percorso di terapia, positivo per tutti noi, sono cambiate molte cose. È cresciuta la fiducia verso il nostro medico, le medicine non sono più qualcosa verso cui provare diffidenza o a cui affidarci interamente, ma solo un aiuto nei momenti difficili. Abbiamo imparato ad usare i farmaci con intelligenza e abbiamo capito di dover essere noi a reagire, a dover prendere consapevolezza dei nostri problemi”⁹³.

“Quando mi hanno proposto di fare il trekking non sapevo a cosa andavo incontro, attraversavo un periodo della mia vita particolare. Non uscivo di casa, sono stato due anni chiuso nella mia stanza, già dopo il primo trekking ho iniziato nuovamente ad uscire. Camminare mi fa bene, mi sono affezionato a questa disciplina e voglio continuare a praticarla. Col tempo mi sono sentito sempre

⁹² AA.VV., *Non ci scusiamo per il disturbo*, Selargius, Domus de Janas, 2013, p. 65.

⁹³ Ivi, p. 22.

meglio parte del gruppo, parlo dei miei problemi senza pregiudizi. Nel frattempo ho ricominciato a non delegare tutto ai familiari, le mie faccende me le sbrigo da solo”⁹⁴.

“Credo fermamente che, spesso, la malattia mentale possa essere riposta da una parte se non addirittura soffocata, se si riesce a prendere in mano la propria vita”⁹⁵.

Ognuno di questi passi contiene elementi importanti della riabilitazione psichiatrica: l’importanza della consapevolezza e della partecipazione al proprio percorso di cura, il superamento della solitudine, la riattivazione.

Coni aggiunge:

“Questi ragazzi, che erano chiusi in casa e che avevano vergogna del loro malessere, oggi sanno di avere delle risorse, di essere uomini come tutti gli altri, e di avere anche il diritto di esser felici, di vivere una vita vera. [...] Loro hanno fatto cose straordinarie, e oggi sono orgogliosi di sé. Se ci si pensa, non è poco. Non è affatto facile incontrare persone orgogliose delle cose che fanno”⁹⁶.

3.3 CAMMINARE, PENSARE, INCONTRARSI: “SENTIERI DI LIBERTÀ”

“Al di là della bellezza della montagna, dei ritmi della montagna, del faticare – la resistenza della fatica è resistenza anche alla sofferenza – metto sempre le persone, più che la montagna, al centro dell’attenzione. La montagna è fare qualcosa con gli altri, il senso della comunità, della solidarietà, dell’aiutarsi l’uno con l’altro e della non competizione. Questo è un fatto molto importante per me: nessuno cerca di prevalere sull’altro, c’è equità e un mettersi tutti sullo stesso piano”⁹⁷.

“Sentieri di Libertà”, il secondo convegno nazionale itinerante di montagnaterapia, si è svolto dal 4 al 7 settembre 2014 in Sardegna. L’evento è stato promosso ed

⁹⁴ Ivi, pp. 29 e sg.

⁹⁵ Ivi, p. 67.

⁹⁶ Bertocin B. et al., *La malattia dell’isolamento* in *Una Città*, ottobre 2011, n. 188 (www.unacitta.it).

⁹⁷ Dal racconto di un ragazzo del gruppo di montagnaterapia di Villacidro (VS), in Sardegna, Osini, 6 settembre 2014.

organizzato dalla ASL n°6 e dal Centro di Salute Mentale di Sanluri, in collaborazione con il Centro di Salute Mentale di Cagliari Ovest e di Lanusei, la Comunità Ippocrate di Uta, l'associazione Andalus de Amistade trekking di Villacidro, la comunità Betania e la cooperativa Comunità Fraternità di Brescia. L'ambiente che ha fatto da scenario alla manifestazione è quello naturale dei tacchi d'Ogliastra, le alture di roccia che si affacciano sulla costa orientale dell'isola, e quello dei paesi di Ulassai, Ussassai ed Osini. Qui, a quasi mille metri di altezza, si trova il campeggio, inaugurato per l'occasione, usato come campo base.

All'evento hanno preso parte circa duecentocinquanta persone tra esperti di montagna, soggetti affetti da patologie psichiatriche, professionisti della Salute Mentale, operatori sociali e volontari provenienti da diverse parti della penisola. Si è trattato, nel pieno senso del termine, di un convegno sul campo, in quanto gli appuntamenti previsti nell'arco dei quattro giorni si sono svolti all'aperto. I trekking in mezzo alla natura si sono alternati ad incontri, momenti di confronto e feste. Al mattino, i partecipanti hanno camminato fianco a fianco ad altre persone, con cui condividono l'esperienza della montagna, appartenenti non solo al proprio gruppo ma anche ad altri. Hanno potuto, così, scorgere la fatica, i dolori ai piedi, la paura dell'altezza anche in soggetti che non conoscevano, e aiutarli e ricevere aiuto da loro per arrivare fino alla meta.

“Mentre camminavamo – ha raccontato una ragazza durante il convegno – abbiamo aiutato un ragazzo che aveva problemi con lo zaino, ci siamo fermati e lo abbiamo liberato dal peso. Non mi era mai successo di poter aiutare qualcuno: è stato molto bello”. Un uomo suggerisce: "Dovremmo portare quest'esperienza anche nelle altre comunità terapeutiche, tra le persone che qui oggi non ci sono".

Per il momento di incontro e riflessione del pomeriggio, dati i grandi numeri, sono stati organizzati cinque gruppi diversi. Questo ha facilitato la creazione di un setting positivo per l'apertura dei soggetti e lo sviluppo di relazioni. Dopo aver condiviso l'esperienza del trekking con gli esperti della montagna, gli operatori e i volontari del proprio gruppo, molti utenti hanno partecipato al confronto con sguardi interessati e presenti, mostrandosi attenti e disponibili ad ascoltare ciò che gli altri dicevano. Allo stesso tempo, hanno mostrato la loro voglia di condividere: senza troppa difficoltà hanno dato voce alle sensazioni e alle emozioni vissute in quel momento o durante la mattina, spesso sorprendendosi di ciò che sentivano.

Durante l'ultimo incontro del suo gruppo, un ragazzo che nei giorni precedenti aveva parlato con difficoltà, ha detto:

“Volevo dire un'impressione che ho avuto oggi. Salendo per tornare, mi sono trovato in una situazione di concentrazione, e ho pensato: «Che bello stare qua!» Vorrei sapere se è venuto solo a me o anche ad altra gente, perché non mi era mai capitato. Mi vengono così raramente queste cose...”

Il dibattito – molto attento alle informazioni e opinioni degli utenti – ha permesso uno scambio proficuo e importante su varie tematiche inerenti l'attività riabilitativa in montagna. Oltre al confronto tra le esperienze di montagnaterapia maturate in diversi contesti, la discussione ha lasciato spazio ai vissuti riguardanti la corporeità, la forza, il sentirsi messi alla prova e il benessere dei partecipanti. Relazione, responsabilità, territorio e stigma sono state parole chiave negli incontri.

Ogni sera, gli abitanti dei piccoli centri montani di Ulassai, Ussassai e Osini, che coltivano ancora la solidarietà, l'accoglienza e la convivialità come un bene prezioso, hanno organizzato cene e concerti per tutti.

Durante queste feste, le riflessioni conclusive dei lavori di gruppo del pomeriggio sono state condivise con gli altri e con la comunità ospitante. Tutti hanno potuto ascoltare frasi come: “La montagnaterapia permette di far fare un salto di qualità al percorso riabilitativo” e “La relazione che si costruisce in montagna è più autentica”. Ognuno dei numerosi convegnisti ha avuto occasione di camminare, pensare e incontrarsi con gli altri, condividendo e mettendo a disposizione della comunità le proprie forze e chiedendo e ricevendo aiuto qualora necessario, come succede durante un'escursione in montagna. Ha potuto, così, comprendere come la malattia mentale possa essere anche un'opportunità di arricchimento e crescita per tutti, se adeguatamente accolta. Ogni persona, in quei giorni, ha potuto vedere il disagio diventare risorsa.

Il convegno e la montagnaterapia hanno dimostrato come la presa in carico e la cura delle persone con disagio psichico possa percorrere anche strade nuove e alternative per raggiungere i suoi obiettivi. È basilare guardare al soggetto nella sua unità e globalità e non unicamente alla patologia. Il trattamento della malattia mentale, assumendo tale ottica, non consiste solamente nella riduzione del numero dei sintomi, ma in un percorso di crescita personale attento alla costruzione di relazioni e che presuppone una prospettiva comunitaria.

Dice Alessandro Coni:

“La sanità mentale è un bene comune, non una questione che riguarda i singoli, e tutta la società può contribuire. Il processo di guarigione deve uscire dalle Asl e scoprire nuove forme che coinvolgano le comunità, dato che spesso dietro a disagi e malattie c’è una grande solitudine”⁹⁸.

Il trekking può rappresentare anche un movimento culturale e di sviluppo del territorio, e “Sentieri di Libertà” ne ha dato prova. La pratica riabilitativa è stata arricchita dall’apertura delle strutture psichiatriche verso l’esterno. Le persone uscite da queste per andare in montagna, ma anche tutte le altre, hanno scoperto o riscoperto l’importanza del territorio e della relazione con questo per la propria vita e per il proprio benessere.

A settembre è avvenuto uno scambio, non solo a livello di pratica della montagnaterapia, ma anche e soprattutto a livello culturale e sociale. La comunità è stata di grande aiuto per la realizzazione della manifestazione ed ha conosciuto ed è entrata in contatto con parte del percorso di crescita di coloro che ha ospitato, attraverso un’esperienza di condivisione che non ha annullato la patologia ma ne ha valorizzato la diversità. Essa è stata sensibilizzata da ciò che nel suo ambiente ha avuto luogo e contaminata positivamente da chi ha incontrato. Ha ascoltato testimonianze e racconti di vita di chi stava cercando il proprio spazio nella società, e di questi ne ha fatte una risorsa propria.

Un altro esempio, più pratico, di come il convegno ha avuto influenza positiva sulla comunità, è il contributo che i giovani dell’associazione Andalus de Amistade, insieme ai loro operatori, hanno dato per portare a termine i lavori e preparare le piazzole nel campeggio che avrebbe ospitato i camminatori. Organizzando la manifestazione, questi hanno collaborato anche per la messa a punto di una struttura ricettiva nel territorio del comune di Osini. I partecipanti al convegno e gli abitanti delle comunità locali hanno lavorato insieme, si sono accolti e sostenuti reciprocamente, scoprendo gli uni l’importanza e il valore degli altri: per quattro giorni sono cresciuti insieme.

⁹⁸ Mulas F., *Sentieri in libertà: in Ogliastra quattro giorni di trekking-terapia*, www.sardiniapost.it, 2 settembre 2014.

“Questo modo di vivere può giovare anche a loro, e quindi vorremmo che anche loro stessero in mezzo a noi”⁹⁹ ha detto un ragazzo del gruppo Andalus de Amistade.

Tra quelle montagne non sono esistite mura di nessun tipo: oltre a quelle delle strutture, a volte rappresentate anche da un camice o da una scrivania, sono cadute le barriere legate allo stigma. Quest’ultimo agisce in direzione contraria rispetto agli obiettivi che la pratica psichiatrica si propone e impedisce di vedere molte cose importanti del soggetto e della sua sofferenza: rappresenta le catene in cui la persona affetta da malattia mentale è bloccata ancora attualmente.

Se la montagnaterapia aiuta già da sola a scardinare alcuni pregiudizi nei confronti della malattia mentale, quando essa è affiancata al senso di appartenenza alla comunità l’abbattimento dello stigma avviene in maniera più immediata. Questo è accaduto nei giorni del convegno in molti degli esperti della montagna e degli abitanti dei tre paesi coinvolti, nonché dei professionisti. In questi, per quanto passino molto tempo a contatto con gli utenti, spesso non mancano idee pericolose e ostacolanti il lavoro che svolgono.

“Sentieri di Libertà”, come molte iniziative tra quelle portate avanti dal gruppo del CSM di Sanluri, ha mostrato come sia possibile lavorare sui pregiudizi e sullo stigma attraverso l’offerta di opportunità sociali e azioni concrete sul territorio ed ha contribuito in questo senso, sebbene ancora moltissimo ci sia da fare per giungere ad una vera integrazione sociale delle persone affette da patologie psichiatriche.

Per quattro giorni, coloro che ancora molto spesso sono considerati “malati perenni”, e quindi individui da isolare in strutture per timore di un possibile contagio, hanno abitato e vissuto in un territorio libero e aperto, portando nello zaino la voglia di partecipare al proprio benessere. Non hanno dimostrato di avere le caratteristiche che frequentemente vengono attribuite loro, quali quelle di essere incurabili, pericolosi e incapaci di comunicare. Queste sono alcune delle idee che hanno contribuito considerevolmente a creare e consolidare lo stigma nei confronti delle persone affette da patologie psichiche e a costruire un’immagine di queste come di “diversi”. Sono entrati nel mondo da cui spesso sono tenuti a debita distanza e hanno mostrato

⁹⁹ Dal racconto di un ragazzo del gruppo di montagnaterapia di Villacidro (VS), in Sardegna, Osini, 6 settembre 2014.

un'accoglienza disarmante; hanno cercato il contatto con gli altri, desiderosi di conoscerli, più spontaneamente di operatori ed esperti della montagna. Avendo occasione di potersi sentire come gli altri, hanno scoperto che la caratteristica principale che l'altro vede in loro non sempre è la malattia, ma può essere ad esempio la schiettezza, la gentilezza, la capacità empatica.

In questa occasione la montagnaterapia ha dato vita ad un importante scambio di idee e ad un'occasione di contaminazione culturale interessante, riguardante non solo l'ambito psichiatrico. Ha suggerito, ancora una volta, di considerare territorio e comunità elementi imprescindibili di una pratica riabilitativa efficace e, quindi, di valorizzarli.

Base di un valido percorso di cura è il coinvolgimento del soggetto: è importante che questo possa mostrare e comunicare cose importanti di sé e che le decisioni che lo riguardano siano prese in maniera trasparente dagli operatori. Inoltre, il ruolo di cittadinanza attiva degli utenti, così come quello delle associazioni dei familiari, deve essere tutelato. In questo modo, gli individui superano la delega, passo indispensabile per la crescita di competenze e consapevolezza, produttività e responsabilità.

Uno dei partecipanti ha detto durante una plenaria:

“La verità è che noi ci sentivamo nessuno. Camminando insieme abbiamo scoperto di essere parte di qualcosa che ci ha cambiato la vita”.

Utenti, esperti della montagna ed operatori hanno avuto modo di percepire la propria uguaglianza rispetto agli altri e, allo stesso tempo, le differenze individuali come un arricchimento: nessuno è stato guardato con gli occhi della diversità. Questo, grazie anche all'aiuto dell'impatto visivo. Tutti i partecipanti al convegno, dall'inizio alla fine di questo, hanno indossato indistintamente una maglia rossa, con scritto “Sentieri di Libertà”, proprio a sottolineare come la caratteristica di essere malato o meno sia passata in secondo piano e non sia stata necessaria per riconoscere una persona ed entrare in relazione con essa. Molti hanno scambiato alcuni utenti per operatori e viceversa, capendo che l'altro può essere conosciuto comunque, se non meglio, senza doverlo ad ogni costo etichettare.

Duecentocinquanta persone dipingono tutto di un colore acceso: rossi i sentieri dove camminano, rossi i cerchi formati da loro durante le riflessioni, rossa la piazza in festa, dove si muovono a ritmo di musica e dove tutti sono importanti e hanno voglia di esserci.



Fig. 3 - Murales nel paese di Osini fatto in occasione di “Sentieri di Libertà”.



Fig. 4 - Escursione a Perda Liana (Ussassai).



Fig. 5 - Osini, campeggio sede del convegno.



Fig. 6 - Plenaria al Santuario di San Gerolamo (Ussassai).

CONCLUSIONI

L'intenzione con cui è nato tale elaborato non è quella di proporre la montagnaterapia come l'approccio terapeutico-riabilitativo per eccellenza, quanto piuttosto quella di illustrare come l'esperienza in montagna possa costituire uno strumento riabilitativo anche in ambito psichiatrico.

Grazie ad essa, l'individuo può scoprire l'esistenza di un qualcosa più grande di lui che lo comprende: mi riferisco sia alla natura, sia al gruppo.

La montagnaterapia può permettere alla persona di muovere i primi passi per invertire la rotta e girare le spalle al cammino della cronicità. In un ambiente diverso rispetto a quello in cui solitamente si trova a vivere, spesso causa di fallimento, il soggetto può rimettersi in gioco e sperimentare situazioni nuove. Il rapporto con l'operatore e con il gruppo, nonché la montagna stessa, costituiscono un ambiente "altro" che non blocca la persona ma la sostiene e la accetta così com'è. L'individuo ha la possibilità di riscattarsi dalle esperienze negative del passato e di esperire nuovi primi successi, che gradualmente potranno andare ad intaccare la visione che la persona ha di sé e la sua convinzione di "non potercela fare".

L'esperienza in montagna può essere anche una delle attività per lo sviluppo della motivazione del soggetto al cambiamento – elemento importante per la riabilitazione secondo il modello Spivak – potendo smentire il senso di impotenza e fallimento della persona e offrendo una maggiore possibilità di sperimentare successi. L'individuo, attraverso l'attività nell'ambiente montano, può scoprire risorse proprie sconosciute fino ad allora e, iniziando ad allontanarsi da una condizione di svantaggio personale e sociale, riattivare la speranza.

La riabilitazione deve considerare, tra le altre cose, il contesto ambientale e sociale del soggetto, intessendo una rete col territorio.

Tale lavoro ha evidenziato come la montagnaterapia sia capace di operare ed avere effetti in questo senso. Essa, infatti, oltre ad usufruire dell'ambiente naturale, coinvolge per la realizzazione dei progetti anche volontari del Club Alpino Italiano, persone esterne al contesto della Salute Mentale che operano sul territorio. È stato

messo in luce come l'approccio in esame, inoltre, possa essere d'aiuto per la reintegrazione dell'individuo nella società e come la comunità possa ricongiungere – oltre a tutte le persone – anche salute e malattia, da sempre nettamente separate.

Una questione che, in me, rimane aperta è quella riguardante un'eventuale codificazione della montagnaterapia. Infatti, se la regolamentazione appare assolutamente necessaria per permettere il riconoscimento dell'attività sul piano scientifico e facilitare la raccolta di evidenze consolidate, mi chiedo se i suoi effetti possano risultare altrettanto positivi per altri aspetti.

Partecipando ai convegni, ho colto quanto la riflessione e il dibattito intorno al tema della montagnaterapia costituiscano un terreno fertile per il confronto di esperienze e pratiche differenti, ma anche per la nascita di idee e metodologie nuove. Mi è, così, sorto il dubbio che l'approccio, ordinato in base a determinati criteri, possa perdere in parte le sue caratteristiche di vitalità e motivazione, fattori essenziali per il lavoro riabilitativo ed educativo.

Con tutto ciò, ritengo che sia fondamentale l'impegno per aiutare la crescita dei progetti sorti da poco in Italia, anche mediante incontri che permettano uno scambio tra i diversi gruppi.

Alcune parole pronunciate dalle persone e alcuni traguardi sentiti e sofferti insieme a loro mi hanno fatto toccare con mano il cambiamento che la montagnaterapia è capace di innescare nel soggetto, aprendo in lui nuovi sentieri che partono dalla comunità e, passo dopo passo, ad essa riconducono.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *Non ci scusiamo per il disturbo*, Selargius, Domus de Janas, 2013
- Atti del Convegno *Fare e pensare in montagnaterapia*, Cuneo, 9-11 ottobre 2014 (atti non pubblicati)
- Atti del Convegno *Sentieri di salute: la montagna che cura*, Bergamo, 12-13 novembre 2010
- Atti del Corso specialistico di formazione sulla montagnaterapia, Massa-Carrara, 5-6 aprile 2014 (atti non pubblicati)
- Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Milano, Franco Angeli, 2003
- Braccini A. et al. (a cura di), *Fermarsi per costruire una grammatica dell'educare in Animazione Sociale*, febbraio 2010 (inserto)
- Cambi F. et al., *Le professionalità educative*, Roma, Carocci, 2003
- Cardini M., Molteni L. (a cura di), *"L'educatore professionale"*, Carocci Faber, Roma 2003
- Cardini M., Molteni L. (a cura di), *"Stare, fare, creare..."*, Masso delle Fate Edizioni, Firenze 1996
- Carozza P., *Principi di riabilitazione psichiatrica*, Franco Angeli, Milano, 2006
- Carruccio F., *Montagnaterapia. Alcune esperienze internazionali* in Calzolari L. e Mandelli S.,
- Sentieri di Salute* in *La rivista*, anno 130, n. 2 (gennaio-febbraio 2009)
- Cfr. ibidem, Lanfranchi F., Frecchiami A., Delle Fave A., *Interventi riabilitativi ed esperienza ottimale nel contesto montano* in *Psichiatria di Comunità*
- Correale A., *L'infinità della montagna come infinità sostenibile*, in Atti del convegno *Curare a cielo aperto: la montagna come risorsa psicosociale e trasformativa*, Roma 2001
- De Mennato P., Orefice C., Branchi S., *Educarsi alla "cura". Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*, Lecce, Pensa MultiMedia, 2011
- Doel M. e Sawdon C., *The essential groupworker*, tr. it. *Lavorare con i gruppi. Manuale per gli operatori sociali*, Trento, Erickson, 2006
- Ferrara M., Germano G., Archi G., *Manuale della riabilitazione in psichiatria*, Milano, Il Capitello, 1990
- Galiazzo M., *Camminare ed arrampicare: due possibili appuntamenti formativi per il disagio giovanile*, Scuola Superiore Europea di Counseling Professionale, Tesi conclusiva master in Gestalt Counseling, Mestre, 2003-2006
- Gentili I., *Sentieri di Salute: una ricerca sulla montagna e il suo potenziale riabilitativo*, Università degli Studi di Milano, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, a.a. 2008/2009

- Giacomoni P., *Il laboratorio della natura. Paesaggio montano e sublime naturale in età moderna*,
- Lapierre A., Aucouturier B., *Le manque au corp. Le fantasmes corporales en éducation et en thérapie*, tr. it. *Il corpo e l'inconscio in educazione e terapia*, Roma, Armando, 1982
- Lomazzi F., *Montagnaterapia. Alcune esperienze internazionali* in Calzolari L. e Mandelli S., *Sentieri di Salute* in *La rivista*, anno 130, n. 2 (gennaio-febbraio 2009)
- Magnaguagno F., *Natura Umana: un nuovo approccio al disagio giovanile e non solo*, Atti del Convegno *Montagna solidale: i versanti della Montagnaterapia*, Pomezia 2009
- Maida S., Molteni L., Nuzzo A., *Educazione e osservazione*, Roma, Carocci, 2009
- Mariani A., (a cura di), *Corpo e modernità. Strategie di formazione*, Milano, Unicopli, 2004
- Merlini P., *Psichiatria, la terapia si fa in montagna* in *La Nuova Sardegna*, 7 settembre 2014
- Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al Corso di formazione Sopraimille, Riva del Garda 9-11 settembre 2005*, Trento, Edizioni Provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute, 2006
- Saglio G., Zola C., *In su e in sè*, Torino, Priula & Verlucca, 2008
- Salsa A., *Il tramonto delle identità tradizionali. Spaesamento e disagio esistenziale nelle Alpi*, Torino, Priuli & Verlucca, 2007
- Saraceno B., *La fine dell'intrattenimento*, Etas libri – RCS Medicina, Milano 1995
- Scaramuzza S., *La montagna come terapia, una nuova metodologia per la riabilitazione in psichiatria*, Università degli Studi di Rovereto, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, a.a. 2003-2004
- Schön Donald A., *The reflexive practitioner*, tr. it. *Il professionista riflessivo*, Bari, Edizioni Dedalo, 2010
- Searles H. F., *The nonhuman environment in normal development and schizophrenia*, tr. it. *L'ambiente non umano nello sviluppo normale e nella schizofrenia*, Torino, Einaudi, 2004
- Serafin M., *Quando la montagna diventa un aiuto alla vita* in *Famiglia cristiana*, 1999, n. 40
- Tabasso C., *L'equilibrio sui Tacchi* in *L'Unione Sarda*, mercoledì 3 settembre 2014
- Tomatis F., *Filosofia della montagna*, Milano, Bompiani, 2008,
- Tramma S., *L'educatore imperfetto. Senso e complessità del lavoro educativo*, Roma, Carocci, 2008

SITOGRAFIA

www.andalasmistade.altervista.org

www.andalasmistade.altervista.org

www.archivistorico.corriere.it

www.aslsanluri.it

www.caiparma.it

www.montagnacheaiuta.it

www.montagnaterapia.it

www.sardiniapost.it

www.semed.es

www.sollevamenti.org

www.sopraimille.it

www.ti.ch/DSS/DSP/OrgSC/

www.unacitta.it

www.vimeo.com/104106927

FILMOGRAFIA

Giorgi M. e Dardani A., *Semus fortes*, 2010

Grazie a Ilaria per aver accolto la mia idea con entusiasmo e per il modo in cui mi ha seguita,
grazie a Carlo e alla sua passione.

Ringrazio i miei nonni, i miei zii e i miei genitori per avermi insegnato a guardare la semplicità,
mia sorella per la sua capacità di semplificare le cose,
i miei compagni per aver arricchito questo percorso ognuno in modo inconfondibile,
gli educatori e le persone conosciute grazie al tirocinio, da cui ho cercato di imparare tutto quello che potevo,
i distacchi per avermi insegnato oltre che segnato,
la musica che sa trovare le parole giuste,
Caterina, per il suo sostegno sempre presente,
Sofia per il nostro modo di capirsi,
Antonella per la sua luminosità che ha incontrato la mia,
Francesca per la sua freschezza,
Emanuele, Alessandro, Ignazio, Silvia e tutti coloro che ho conosciuto durante questo anno pieno di cose nuove,
tutti quelli con cui ho camminato, in Sardegna e ovunque.

