

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

LAUREA IN INFERMIERISTICA

IL NURSING NELLA RIABILITAZIONE IN SALUTE
MENTALE: LA MONTAGNA COME SETTING
IDEALE DI TERAPIA.

REVISIONE NARRATIVA DELLA LETTERATURA
E DESCRIZIONE DI UN' ESPERIENZA

Relatore:
Prof. Liziero Luciano

Correlatore:
Rigodanza Stefano

Laureanda
Richelli Lara

ANNO ACCADEMICO 2006 - 2007

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
Capitolo 1: IL DISTURBO MENTALE	
1.1 Alcuni dati epidemiologici	3
1.1.1 Il disturbo mentale in generale	3
1.1.2 La psicosi.....	3
1.1.3 La schizofrenia	3
1.1.4 La depressione.....	4
1.1.5 Il suicidio.....	4
1.1.6 Altri disturbi	4
1.2 Alterazioni bio-psico-sociali causate dalle malattie psichiche.....	5
1.3 Trattamento delle disabilità nella salute mentale	6
1.3.1 Tecniche di trattamento	7
1.3.2 Luoghi di trattamento	9
Capitolo 2: LA MONTAGNATERAPIA: REVISIONE DELLA LETTERATURA	
2.1 Assunti teorici e riflessioni degli studiosi di montagnaterapia	13
2.2 Metodologia della montagnaterapia	14
2.2.2 Attività.....	15
2.2.3 A chi si rivolge	15
2.2.4 Come deve essere svolta la terapia.....	16
2.2.5 Il pre-escursione	16
2.2.6 Il post-escursione.....	17
2.3 Scopi e obiettivi del progetto di montagnaterapia.....	17
2.4 Studi sperimentali e metaanalisi internazionali.....	24
2.4.1Aumento delle “resilience” in giovani adulti	24
2.4.2Un nuovo servizio per persone con disabilità	26
2.4.3Programmi d'avventura per adolescenti cronicamente malati.....	27
2.4.4Comparazione dei risultati di diversi studi sperimentali.....	28

Capitolo 3: L'INFERMIERE E LA MONTAGNATERAPIA

3.1 Infermieristica generale.....	29
3.1.1 Le colonne portanti dell'infermieristica: la relazione, la cura, il prendersi cura, l'assistenza, l'aiuto	30
3.2 L'infermiere specialista nella salute mentale	31
3.3 Ruolo dell'infermiere nella montagnaterapia: considerazioni personali scaturite dopo la mia partecipazione al progetto	33

Capitolo 4: LA MIA ESPERIENZA DI MONTAGNATERAPIA

4.1 I primi contatti.....	41
4.2 Montagnaterapia nella coop Libra	41
4.2.1 Elementi sui quali punta la coop Libra	43
4.3 Escursioni ed episodi nella mia esperienza.....	45
4.4 Uno strumento terapeutico: il diario	48
4.5 Uno strumento di valutazione: il questionario	48

Capitolo 5: ANALISI CRITICA.....51

CONCLUSIONI.....55

ALLEGATI:

Allegato 1: Diario

Allegato 2: Questionario

Allegato 3: Griglia di osservazione

INTRODUZIONE

Questo lavoro nasce da una mia passione, la passione per la montagna. Dopo anni di emozioni e sentimenti provati personalmente attraverso la frequentazione di questo ambiente naturale mi sono sentita di credere nelle sue potenzialità terapeutico - riabilitative per persone con disabilità.

Leggendo la rivista del Club Alpino Italiano sono venuta a conoscenza della montagnaterapia e grazie all'indicazione del sito internet dedicato ho iniziato la mia ricerca.

Questa tesi è un insieme di revisione della letteratura e racconto di un'esperienza dal momento che ho partecipato attivamente ad un progetto di montagnaterapia.

Uno dei miei obiettivi è quello di far emergere la relazione tra le esigenze riabilitative delle persone con problemi di salute mentale e la montagnaterapia.

Per farlo ho dovuto, in primo luogo, descrivere quali sono i deficit presentati dai malati mentali e quali sono i trattamenti riabilitativi necessari, al di fuori del trattamento farmacologico, attraverso la revisione della letteratura; in secondo luogo ho analizzato le caratteristiche del setting montagna e dell'attività che si può svolgere in esso attraverso la letteratura e l'esperienza personale nel progetto di montagnaterapia.

L'obiettivo centrale della tesi è quello di spiegare qual'è il ruolo dell'infermiere in un progetto di montagnaterapia.

Per fare questo ho analizzato la figura dell'infermiere con formazione di base e dell'infermiere specialista in salute mentale attraverso la revisione della letteratura e attraverso la partecipazione attiva ad un progetto riabilitativo di montagnaterapia.

Come sostiene la metodologia della ricerca, infatti, è solo attraverso la pratica assistenziale che si possono cogliere determinati particolari e problemi derivanti da un'attività.

In sintesi con questo lavoro cercherò di spiegare per quali motivi la montagnaterapia può essere un setting utile per la riabilitazione dei malati mentali e l'importanza della presenza dell'infermiere, meglio se specialista della salute mentale, nella progettazione, esecuzione, valutazione del programma di montagnaterapia e quali sono le competenze attese.

Sia a livello nazionale che internazionale esiste poca letteratura riguardante la riabilitazione con la montagna; secondo uno studio americano (31) gli studi sperimentali stranieri non sono di elevata qualità; il numero di esperienze documentate, in Italia, è limitato, di conseguenza i metodi di valutazione dei programmi di montagnaterapia devono ancora essere sperimentati.

Come fonti ho utilizzato libri di testo, articoli di riviste nazionali ed internazionali, siti internet tramite i motori di ricerca google e pub med.

Capitolo 1

IL DISTURBO MENTALE

In questo capitolo riassumerò la situazione della salute mentale oggi, con i suoi dati epidemiologici, con i deficit causati dalle patologie alle persone, con i trattamenti riabilitativi e i luoghi dove questi trattamenti vengono svolti.

1. 1 ALCUNI DATI EPIDEMIOLOGICI

1.1.1 IL DISTURBO MENTALE IN GENERALE

In Europa nei scorsi 12 mesi il 27% della popolazione è stata affetta da un disturbo mentale e i tre più comuni disordini sono stati depressione maggiore, fobie specifiche e disordini somatoformi.

I disturbi mentali sono influenzati dall'interazione tra ambiente, fattori biologici, stile di vita, relazioni interpersonali, fattori socio economici (1). Intervengono come fattori di rischio anche la deprivazione sociale, il vivere da soli, il sovraffollamento familiare e la disoccupazione maschile (2).

1.1.2 LA PSICOSI

La psicosi è uno dei più severi e penosi problemi di salute mentale, è associata a sintomi persistenti, continue ricadute e un rischio di suicidio del 5% , severe disabilità sociali e conseguenti scarse possibilità di impiego lavorativo, disagio e peso per i care givers, scarsa salute fisica, elevato uso dei servizi accompagnato da un alto costo per la società.

Esistono legami tra eventi della vita particolarmente intrusivi, le illusioni e allucinazioni (3).

Oggi, gran parte del compito della prevenzione è di creare una scienza per aumentare la forza delle persone con la missione di capire e apprendere come favorire e accrescere le virtù e le abilità delle persone giovani (2).

1.1.3 LA SCHIZOFRENIA

La schizofrenia è una forma grave di disturbo mentale con un tasso di prevalenza di 4.6 per 1000 abitanti e un rischio lifetime di 7.2. Entra nella classe di disabilità più

alta in rapporto al grado di dipendenza; è un disturbo complesso con un importante componente genetica. Alcuni fattori di rischio sono: essere nati e cresciuti in un ambiente urbano (4); appartenere ad una classe sociale inferiore (influenza anche il decorso della patologia) (2); lo stress durante l'infanzia, lo stress materno e l'abuso dei bambini (5); la migrazione (6).

1.1.4 LA DEPRESSIONE

La depressione è un problema di grande rilievo per la salute pubblica, sia a causa della sua prevalenza sia per le sue conseguenze. I tassi di prevalenza annuale possono oscillare tra il 3 e il 6% con una predominanza nel sesso femminile (rapporto di 2 a 1). I tassi di prevalenza lifetime sono del 32% nelle donne e del 17% negli uomini.

In Europa è la malattia che provoca più disabilità e maggiore perdita di giornate di lavoro.

La WHO ha calcolato che la depressione, che attualmente è la quarta causa di mortalità, sarà al secondo posto nel mondo prima del 2020.

La depressione è anche sotto-diagnosticata e non trattata o trattata male (7).

1.1.5 IL SUICIDIO

Il suicidio rappresenta una delle più comuni emergenze in ambito psichiatrico ed un complesso problema clinico e sociale. Ogni anno nel mondo sono circa 815.000 le persone che muoiono per suicidio, ovvero l'1,5% dei 54 milioni di decessi stimati annualmente sul nostro pianeta. L'Italia con un tasso di 6 per 100.000 abitanti si trova insieme agli altri paesi Mediterranei (Portogallo, Spagna, Malta, Grecia) nel gruppo dei paesi a più bassa mortalità (8).

1.1.6 ALTRI DISTURBI

Hanno un grande impatto sulla disabilità e sulla qualità di vita anche: disordini dell'umore, d'ansia e alcool correlati, distimia, depressione maggiore, PTSD, attacchi di panico, fobia sociale (1).

1.2 ALTERAZIONI BIO-PSICO-SOCIALI CAUSATE DALLE MALATTIE PSICHICHE

Secondo la letteratura (9) le persone con problemi psichici presentano deficit nella elaborazione delle informazioni quali la compromissione dell'attenzione selettiva a uno stimolo o l'incapacità a mantenere l'attenzione nel tempo, l'incapacità a decodificare e riconoscere stimoli familiari, difficoltà a immagazzinare le informazioni a utilizzarle nel tempo e ad attivare i processi deduttivi. Tali disturbi si esprimono sul piano clinico come disturbi cognitivi, del pensiero, del linguaggio e del comportamento e ostacolano sia lo sviluppo di adeguate competenze sociali sia la possibilità di un uso efficace di un qualsiasi supporto sociale disponibile .

Fanno parte delle malattie mentali diversi elementi: la patologia, la menomazione , la disabilità e handicap.

Le menomazioni psichiatriche (sintomi positivi e negativi della schizofrenia) possono includere disturbi del pensiero e incoerenza del linguaggio, deliri, allucinazioni, depressione, ansia, perdita di concentrazione o memoria, distraibilità, apatia e anedonia.

Le disabilità (carenza di abilità sociali) includono carenti abilità di prendersi cura di sé, ritiro sociale e isolamento, abbandono delle responsabilità familiari e incapacità lavorative. L'handicap (disoccupazione, vagabondaggio) si verifica quando le disabilità pongono l'individuo in una condizione di svantaggio rispetto agli altri nella società. Questo può verificarsi a causa dello stigma, della discriminazione e quando la società non fornisce ambienti in cui le persone con una malattia mentale possano trovare facilitazioni e compensazioni per le proprie menomazioni e disabilità .

A causa dei deficit cognitivi che presentano, queste persone sono più vulnerabili nei confronti degli stress della vita quotidiana. Questa scarsa capacità di adattamento impedisce loro di acquisire continuamente nuove abilità e di conseguenza di vivere autonomamente. I pazienti psichiatrici presentano scarsa iniziativa e percezione sociale e hanno difficoltà nel fornire soluzioni alternative per far fronte ai problemi quotidiani.

Il modello **stress-vulnerability-coping-competence** spiega l'insorgenza, il decorso e l'esito dei sintomi e del funzionamento sociale nei principali disturbi mentali come un'interazione complessa tra fattori biologici, ambientali e comportamentali ed è

congruente con il concetto di riabilitazione. La vulnerabilità psicobiologica può sfociare nella psicosi nel momento in cui eventi di vita stressanti o tensioni ambientali, familiari o lavorative, superano le capacità di coping.

Secondo il concetto chiave dei livelli di funzionamento, si possono distinguere funzionalità molar e molecolari. Il livello di funzionamento molare comprende, per esempio, sostenere il ruolo di lavoratore o di membro di una famiglia, mentre le funzioni molecolari includono l'attenzione, l'interpretazione, l'apprezzamento ovvero tutte quelle capacità che permettono alla persona di svolgere compiti più articolati. Se una persona non riacquisisce le abilità molecolari risulterà molto più difficile, se non impossibile riacquisire le capacità più complesse ovvero quelle molar (9).

1.3 TRATTAMENTO DELLE DISABILITA' NELLA SALUTE MENTALE

Le persone affette da disabilità psichiche, necessitano di un'ampia gamma di servizi, spesso per lunghi periodi di tempo e frequentemente non ottengono un recupero completo.

La terapia riabilitativa inizia quando la patologia e i disturbi caratteristici della situazione acuta si sono stabilizzati e il suo principale obiettivo è garantire che la persona con disabilità psichica possa utilizzare quelle abilità fisiche, emotive, sociali e intellettuali indispensabili per vivere, apprendere e lavorare nella comunità, con il minimo sostegno possibile da parte dei rappresentanti delle professioni d'aiuto.

Il metodo principale attraverso cui questo obiettivo viene perseguito prevede da un lato l'addestramento della persona alle specifiche abilità richieste per un adeguato funzionamento e dall'altro lo sviluppo delle risorse dell'ambiente e della comunità necessarie a sostenere e rinforzare il livello di funzionamento raggiunto.

Le tecniche riabilitative sono nate quindi per la necessità di non fermarsi a trattare solo i sintomi positivi e acuti ma di cominciare a considerare i deficit che le malattie mentali provocano per arrivare ad un recupero e a un adattamento della persona.

Le strategie di coping che i pazienti acquisiscono nei programmi di riabilitazione sono fondamentali per far fronte agli stress della vita quotidiana e per riuscire quindi a mantenere un lavoro e dei rapporti sociali.

Tutti gli interventi vengono utilizzati in modo combinato e ognuno è adatto a un certo tipo di paziente, a una certa fase della malattia, e allo stato premorbo della

persona (9).

Se consideriamo le strutture e i servizi come elementi distinti, ma complementari di uno stesso intervento terapeutico aiutiamo il paziente a costruire la sua identità e la sua storia. Se invece le consideriamo come una serie di elementi contrapposti o come un susseguirsi di singole prese in carico del paziente, ognuna delle quali svolge un suo ruolo senza avere alcun legame con le altre, diamo certamente al paziente l'occasione di vivere esperienze diversificate, talvolta dolorose, talvolta in grado di arricchirlo senza peraltro aiutarlo a costruirsi una storia propria e, attraverso questa un'identità. E' proprio questo l'obiettivo principale della cura dei pazienti psicotici: aiutarli a diventare i soggetti della propria vita, a crearsi una storia e un'identità (10). Nella riabilitazione la dimensione dello spazio è fondamentale ed assume valenza antropologica solo se viene evidenziato il suo aspetto vissuto anziché quello istituzionale.

Lo spazio suggerisce un movimento e lo spazio in cui si vive deve poter rendere questo movimento possibile, per questo per poter svolgere una funzione curativa, lo spazio deve essere stimolante, dare la possibilità di espressione, di crescita, di utilizzazione della creatività, della fantasia e che nello stesso tempo dia appoggio e possibilità di regressione da parte della persona malata (11).

1.3.1 TECNICHE DI TRATTAMENTO

Alcuni metodi di riabilitazione sono il case management, il coordinamento, l'advocacy, gruppi di autoaiuto e gruppi assertivi, il skills training, la riduzione dell'arousal, self-regulation skills training, l'employment, l'assessment o valutazione il social learning, la terapia comportamentale, la terapia centrata sul cliente lo sviluppo di risorse umane e la psicologia evolutiva (9).

Voglio analizzare brevemente tre tecniche che presentano una modalità di intervento simile a quella della montagnaterapia.

Secondo la letteratura (9) per fronteggiare in modo efficace le potenziali fonti di stress quotidiane è necessario possedere abilità di problem solving, di coinvolgere gli altri in buone relazioni, di mobilitare reti di supporto e di svolgere un lavoro. Il problem solving viene utilizzato e rinforzato in molte tecniche riabilitative come il role playng, rinforzi sociali e tangibili, modellaggio, addestramento, attività di

generalizzazione ecc... .

Lo **Skills training** avvalendosi di programmi di addestramento si prefigge di dare ai pazienti delle abilità di problem solving che dovranno essere da loro utilizzate nella realtà quotidiana.

Lo skills training vuole agire sulle reazioni non verbali; sui comportamenti relativi al contenuto; sulle abilità cognitive di problem solving (che includono la percezione, l'attenzione, l'elaborazione dell'informazione); sull'elaborazione delle emozioni, sull'auto-osservazione, e sulla capacità di riconoscere un comportamento adeguato o meno in una determinata situazione.

Esistono però degli ostacoli che non permettono di affermare se questi interventi siano efficaci oppure no: la qualità delle variabili dipendenti che misurano l'acquisizione delle abilità; non è chiaro che tipo di risultato sia misurato dal role playing (perché non si è trovata associazione tra il comportamento tenuto nel role playing e quello tenuto nell'ambiente naturale); mancano dati sui comportamenti sociali tenuti da soggetti sani; solo alcuni ricercatori includono nei loro studi campioni di controllo non psichiatrici; coloro che effettuano l'addestramento non hanno strumenti per misurare i deficit e i miglioramenti dei soggetti nel funzionamento sociale; non è stata considerata l'interazione fra skills training e le caratteristiche del paziente.

Il **social learning** è rivolto a pazienti psichiatrici istituzionalizzati con un basso livello di funzionamento. Gli obiettivi di un programma psicosociale come il social learning sono: l'incremento del funzionamento adattativo dei pazienti (cura personale e abilità sociali) e diminuzione del funzionamento psicotico e del comportamento estremamente bizzarro; riduzione dei farmaci psicotropi necessari a stabilizzare i pazienti; facilitazione della dimissione e riuscita della permanenza nella community. Questo programma si basa sui principi dell'apprendimento, sul problem solving, sulla punizione e sottolineano quanto sia importante che i residenti della struttura acquisiscano il funzionamento strumentale, intra e interpersonale desiderato, attraverso interazioni sociali adeguate, l'insegnamento di abilità professionali, di accudimento della casa, comunicative, di coping e di cura personale, riavvicinando gradualmente i pazienti al mondo esterno.

I **gruppi di auto mutuo aiuto**: l'evoluzione umana è stata possibile grazie

all'attitudine degli uomini a riunirsi, a sostenersi per affrontare problemi comuni o pericoli esterni. Quindi la solidarietà e l'aiuto reciproco sarebbero stati le forze del progresso dell'uomo.

Per le persone affette da disturbi mentali, accomunate dagli stessi deficit, disabilità, handicap e quindi dagli stessi problemi e pericoli può diventare molto importante far parte di gruppi di auto - mutuo - aiuto. Questi ultimi sono servizi in cui i soggetti destinatari sono anche i promotori / gestori degli stessi (il consumatore coincide con il produttore) e dove sono tutti accomunati da uno stesso problema.

I legami che si instaurano in questi gruppi danno sostegno ai componenti, li fanno sentire parte di qualcosa, sentire utili per qualcuno e aumentano in questo modo la capacità di far fronte a difficoltà e a crisi. Ciascuno deve ricevere aiuto e sostegno e contemporaneamente deve dare aiuto agli altri membri. Si crea così l'effetto boomerang ovvero: chi dà aiuto, in realtà ne riceve e chi cerca di modificare una persona, in realtà modifica sé stesso (12).

1.3.2 LUOGHI DEL TRATTAMENTO

I luoghi utilizzati per queste pratiche sono i centri per la salute mentale, i centri diurni, i centri a protezione parziale e i club sociali, i centri psicosociali, gli appartamenti protetti, le comunità terapeutiche.

Prenderò in considerazione solamente i centri diurni e la comunità terapeutica per il fatto che ospitano quella tipologia di pazienti che si dimostra più adatta alla montagnaterapia ovvero pazienti con patologie psicotiche gravi e che per la loro natura portano i pazienti verso un processo di istituzionalizzazione.

Il **centro diurno**, secondo la letteratura (13), è una struttura con finalità di cura e riabilitazione. Si rivolge a pazienti psicotici, o con gravi disturbi della personalità, in fase di compenso sul piano psicopatologico, con un livello di autonomia ridotta ma non del tutto compromessa, e un contesto familiare ancora in grado di svolgere un supporto significativo. Il centro diurno può offrire una riabilitazione a medio-lungo termine per pazienti con deficit relazionali e sociali; fornire un ambiente di socializzazione contrastando la tendenza all'isolamento; favorire il miglioramento dei livelli di autonomia personale e dell'adattamento ad un ambiente comunitario; consentire la partecipazione ad attività di gruppo; fornire un sostegno alla famiglia.

Dalla letteratura (14) emerge che In Italia le patologie che si incontrano nelle **comunità terapeutiche** sono per la maggior parte disturbi schizofrenici e disturbi di personalità. I pazienti affetti da questi disturbi accedono alle comunità per la resistenza che hanno ai trattamenti ambulatoriali (psicofarmaci, psicoterapie, terapie della famiglia) e necessitano di un'integrazione articolata di varie terapie (farmacologica, ambientale ecc...).

Recamier (15) afferma che la comunità terapeutica vede la malattia mentale come una malattia di relazione dove il rischio è la progressiva perdita del rapporto con il mondo con conseguente distorsione dell'immagine di sé.

Un degli elementi introdotti dalla comunità terapeutica è il gruppo. Il gruppo nel suo versante sociale, come spazio antropologico per un apprendimento sociale ritenuto in sé e per sé un'esperienza emotiva correttiva, in grado di cancellare l'imprinting originario e di consentire un riapprendimento dall'esperienza (16).

La vita in comunità terapeutica deve favorire il coinvolgimento del paziente nei processi decisionali in modo da stimolare iniziative di autogestione.

Le comunità terapeutiche sono il contenitore di una moltitudine di attività di gruppo nate grazie alla fantasia dell'equipe. A volte il rischio è di progettare un'attività di gruppo senza una metodologia, uno scopo ben definiti, senza sapere se potrebbe essere effettivamente utile per i pazienti, ma solo per una curiosità dell'equipe di sperimentare una certa tecnica.

Per questi motivi per ogni attività devono essere definiti gli obiettivi, i metodi che verranno utilizzati, a che livello vuole agire, il tipo di pazienti a cui si rivolge, i tempi e i luoghi dello svolgimento.

Le attività devono essere avviate in base ai bisogni degli utenti, ci si deve quindi chiedere se quell'offerta ha senso nella presa in carico generale di quei pazienti o se è un'attività scollegata dalla rete e vuole proporre un semplice intrattenimento dell'utente (14). Quindi possono essere diverse le une dalle altre ma seguire un filo conduttore comune che esprime gli obiettivi della comunità (17).

Grazie a questi gruppi i pazienti possono capire quali sono le loro capacità, i loro limiti, le difficoltà che hanno nella relazione, collaborazione, condivisione del tempo, dello spazio delle emozioni con gli altri, nell'introspezione e nel condurre un lavoro.

Per svolgere queste attività ci vogliono costanza, concentrazione, pazienza,

tolleranza, fiducia, continuità, desiderio, curiosità, motivazione, tutti elementi che diventano gli obiettivi dell'intervento riabilitativo.

La fase finale del ciclo della riabilitazione è la separazione. Il paziente deve lasciare la comunità che era diventata la sua famiglia, il suo punto di riferimento. Il rischio di fare questa manovra nel momento sbagliato è quello di una ricaduta causata dal sentimento di abbandono e di lutto che pervade queste persone (18).

Capitolo 2

LA MONTAGNATERAPIA: REVISIONE DELLA LETTERATURA

In questo capitolo, attraverso la revisione della letteratura, descriverò l'impianto teorico della montagnaterapia e i suoi principali obiettivi descrivendo le dimensioni sulle quali, grazie alle sue caratteristiche, riesce ad agire. Accennerò anche al metodo di svolgimento dell'attività. In seguito descriverò alcuni articoli internazionali.

2.1 ASSUNTI TEORICI E RIFLESSIONI DEGLI STUDIOSI DI MONTAGNATERAPIA

La natura è fondamentale nel fornirci gli stimoli di cui anche la mente ha assoluto bisogno. Stimoli complessi, fatti da ritmi adatti alla nostra biologia, di vasti orizzonti, di percezioni inusuali nella realtà tecnologica. Cervello e mente si formano sulla base di esperienze, dipendono da quelle sollecitazioni di cui il sistema nervoso è avido. E l'ambiente naturale soddisfa queste necessità attraverso i suoi messaggi: suoni e luci, odori e movimenti dell'aria, tracce da scoprire e da interpretare. La realtà di cui abbiamo bisogno è più vicina alla nostra natura biologica, ben diversa dalla dimensione immateriale e virtuale (19).

In montagna si realizza una diretta immedesimazione empatica che difficilmente trova riscontro in altri tipi di esperienze. Nella relazione con la montagna si realizza, infatti la pienezza del rapporto a tre livelli fra mondo naturale, mondo sociale, rapporti interpersonali, mondo personale, interiorità. In questo ambiente risulta spontaneo ma anche doveroso prendersi cura di sé stessi, degli altri e della natura. E già in questa doppia relazione dell'aver cura dell'ambiente naturale e del prendersi cura di sé stessi e degli altri si esplica un'azione terapeutica.

Le attività connesse alla frequentazione della montagna rispondono a bisogni fondamentali legati al contatto con la natura in un mondo sempre più artificializzato e virtuale, ma anche alla ricerca di relazioni sociali capaci di conferire senso.

Il disagio della civiltà può ritenersi, quindi, una delle molle fondamentali che hanno spinto l'uomo europeo dell'ottocento a cercare spazi e momenti di evasione in luoghi donatori di senso. Samivel non esitava a vedere nell'alpinismo un'attività compensatrice, quindi una terapia. Esso opererebbe una sorta di transfert delle

energie non impiegate su altri piani: impulsi sessuali, sentimentali, mistici (20).

Il luogo naturale resiste alla tendenza a psicotizzare; cioè a distortere, alterare, paralizzare lo spazio-tempo e le relazioni-emozioni-pensieri.

Si può notare come la connotazione stessa del tempo e dello spazio, così importante nell'approccio di montagnaterapia, sia costitutiva dell'esistenza di un campo mentale (19).

Risulta importante richiamare l'importanza di una ricomposizione olistica del mentale e del corporeo, attraverso il recupero della nozione di corpo vissuto. Nella valorizzazione di questo (dove mente e corpo convergono armoniosamente) la pratica dell'attività in montagna può trovare il punto di forza per attuare una consapevole liberazione dell'uomo, non più costretto dai rituali del cosiddetto tempo libero (ansia di evasione, ansia di prestazione, ansia del ritorno).

La dittatura del tempo tiranno che si insinua nella nostra quotidianità non ci consente di ritrovare noi stessi attraverso l'appropriazione consapevole della nostra esperienza vissuta quella cioè che incontriamo attraverso sensazioni, immagini, simboli.

L'attività montana incarnerebbe quel desiderio di ascendere che è costitutivo dell'essere umano. Un bisogno di affrancarsi dalle costrittive leggi naturali (prima fra tutte la gravità) e dal regno deterministico della necessità, nell'ambizione mai repressa di accedere all'ambito regno della libertà (20).

L'uomo, per natura, non è un essere statico e immobile, e la prima attività che impara è proprio quella di camminare, quindi non è difficile comprendere il suo desiderio di movimento, di libertà ed esplorazione (21).

Un elemento teorico che rappresenta i concetti di base della pratica clinica è il richiamo verso l'alto e verso il camminare che ciascuno (anche i malati psicotici) porta in sé; una sorta di pulsione viatoria intrinseca all'uomo che lo spinge a cercare qualcosa fuori di sé, in una relazione profonda con l'altro (22).

Attraverso l'esperienza di montagna, mente e corpo soggetto si integrano tra di loro per ricomporre l'unità dell'individuo e la sua soggettività (20).

2.2 METODOLOGIA DELLA MONTAGNATERAPIA

Insieme a tutte le attività terapeutico-riabilitative e socio-educative che sono state citate nel primo capitolo, si può inserire la montagnaterapia.

Questo termine è stato coniato per identificare un progetto rivolto a persone con problemi di salute mentale, quindi con patologie e disabilità.

È un approccio metodologico che punta alla cura, riabilitazione, educazione, rapporti sociali di queste persone utilizzando un setting psicomotorio rigorosamente outdoor.

Già da molti anni i malati psichiatrici partecipano a soggiorni estivi in ambiente montano ma sono dimensioni che non hanno niente di terapeutico, ma solo uno scopo ricreativo e di svago.

La montagnaterapia si avvale di un metodo che comprende formazione degli operatori, incontri, briefing e debriefing con operatori e pazienti, convegni, racconti di esperienze fra diversi gruppi, una rete nazionale sempre in contatto, ricerche, idee, creatività, supporto di personale tecnico come soci del CAI, tempi e luoghi prefissati e studiati, analisi dei pazienti, integrazione con le altre attività terapeutiche (23).

2.2.1 ATTIVITA'

L'organizzazione italiana prevede la divisione in macrozone di riferimento con a capo di ciascuna un referente. All'interno di ogni macrozona sono attivi molti gruppi che grazie a internet, convegni e riunioni si mantengono in contatto.

Le attività che si possono svolgere in montagna sono molteplici: escursionismo, alpinismo, roccia, vie ferrate, sci di fondo, uscite con le ciaspole. Il tipo di attività viene scelto in base ai componenti del gruppo e alle credenze dell'equipe, così come la difficoltà dell'itinerario, dislivello, ore, tipo di terreno (23).

2.2.2 A CHI SI RIVOLGE

Si rivolge a persone con problemi di salute mentale presenti sul territorio, in centri di salute mentale, in comunità terapeutiche, centri diurni, appartamenti. I malati che partecipano a questo progetto non si trovano nella fase acuta della malattia e l'adesione è assolutamente volontaria.

A questo proposito Dino Ermini afferma (24):“L'interesse per la montagna non può essere inculcato a nessuno si deve partire dai loro desideri, dalla loro storia, dai loro interessi, personalizzando l'atto riabilitativo”.

Un'equipe formata da un psicologo, uno psichiatra, un educatore, un infermiere e un assistente sociale analizza la situazione di ogni singolo paziente trovando il momento

più opportuno per proporre questa attività alla persona.

Questo progetto, in Italia, viene rivolto anche ad altre tipologie di malati: adolescenti disagiati o con problemi di scoliosi, cardiopatici, diabetici, oncologici, ortopedici e con problemi di dipendenza. Ovviamente per queste persone il progetto si avvale di tecniche e strumenti diversi basandosi su obiettivi diversi.

2.2.3 COME DEVE ESSERE SVOLTA LA TERAPIA

Questa terapia prevede controllate sessioni di lavoro a carattere psicofisico e psicosociale a forte valenza relazionale ed emozionale puntando sulla dimensione gruppale.

Per portare a dei risultati concreti, questo progetto deve essere svolto con costanza e continuità. Elementi che non fanno comunque parte della personalità psicotica, ma che questa attività è riuscita fino ad ora a far emergere.

2.2.4 IL PRE-ESCURSIONE

Una volta formato il gruppo di escursionisti vengono organizzate delle riunioni per offrire una preparazione adeguata ai partecipanti. Si insegna ai pazienti come organizzare l'equipaggiamento personale, quindi cosa mettere nello zaino a seconda del tipo di escursione e della meteorologia prevista (abbigliamento e viveri). Si spiegano certe regole della montagna, dello stare in gruppo e il comportamento corretto da tenere durante le uscite.

Si cerca di far partecipare attivamente i pazienti nella preparazione dell'escursione, coinvolgendo soprattutto chi ha già avuto esperienze nel passato o chi abita in luoghi favorevoli per questa attività. A questo proposito ci viene in aiuto R. Piccione (17) che scrive: “obiettivo centrale della costellazione riabilitativa non è tanto il fare, ma il discutere sul fare, il costruire con l'utente un senso condiviso del suo operare.”

Come risposta Dino Ermini (24) afferma: “Ciò ha significato garantire diritto di parola e di ascolto ai nostri utenti rispettando tempi e modalità per accedere a un fare condiviso e sentito, regolato da una cornice accogliente e nello stesso tempo stimolante.”

Gli operatori svolgono un ruolo di mediazione tra utenti ed esperti dando continuità alle esperienze vissute nello spazio protetto accompagnandoli in un ambito, per forza

di cose, aperto, esposto all'imprevedibilità della vita ma, garantendo loro un grado di protezione sufficiente a non perdersi, facendosi carico delle emozioni e restituendole in modo non dannoso (24).

2.2.5 IL POST-ESCURSIONE

Questi pazienti ovviamente continuano ad essere seguiti dallo psicologo che li può aiutare nel sostenere le emozioni e i sentimenti che provano durante le escursioni. Si cerca anche di organizzare dei momenti di colloquio post escursione per favorire l'emergere di stati d'animo, impressioni ed opinioni. Questo lavoro serve soprattutto ai pazienti ma anche agli operatori per valutare l'andamento del progetto.

2.3 SCOPI E OBIETTIVI DEL PROGETTO DI MONTAGNATERAPIA

Lo scopo principale di questa terapia è di **prevenire o di curare processi di istituzionalizzazione del malato psichiatrico.**

Le persone accedono alle comunità terapeutiche, o ad altri centri, per riappropriarsi di capacità perdute e per riacquisire una consapevolezza spazio-temporale perduta. Infatti in questa sede vengono curate le attività di vita quotidiana come il mangiare, il dormire, l'eliminazione, la cura di sé, in relazione alle ore del giorno. Questi luoghi però non sono esenti dal rischio di istituzionalizzazione. È inevitabile che si instaurino delle stereotipie e una quotidianità troppo prevedibile, senza possibilità di imprevisti, ostacoli anche fisici, alla quale i pazienti si adeguano facilmente e non riescono più a farne a meno. I percorsi, le attività di base e straordinarie, la terapia farmacologica hanno degli orari e dei metodi definiti che non lasciano nessun spazio di fantasia al paziente.

Questo progetto quindi si prefigge di portare alla deistituzionalizzazione e alla maggior autonomia rilevabile sia all'interno della struttura residenziale, sia nel passaggio a forme di vita più autonome come gli appartamenti monitorati e le opportunità occupazionali.

Come afferma Marcel Sassolas (10) non ci si deve preoccupare della vita dei pazienti al di fuori della comunità solo nel momento in cui la devono lasciare. Ed è questo che la montagnaterapia vuole mettere in pratica.

E' in questo senso che l'escursionismo in montagna agisce in modo molto efficace ed

efficiente.

Ogni escursione prevede persone, luoghi, percorsi, meteorologia, tempi, difficoltà diversi. I pazienti si trovano ad affrontare ogni volta ostacoli (bivi, segnavie, sassi, burroni, torrenti), imprevisti (pioggia, vento, neve, freddo, buio, fame, sete, salite, discese più o meno faticose) diversi, a volte prevedibili a volte no e che per essere affrontati e superati necessitano di fantasia, adattabilità, flessibilità e anche sostegno da parte degli operatori. La montagna con tutti questi elementi messi insieme può essere vista come metafora della vita che ha i suoi ostacoli e imprevisti da superare. Ogni mattina quando ci svegliamo non sappiamo in realtà cosa esattamente ci aspetterà e in condizioni di salute mentale e fisica siamo in grado di adattarci e di avere quella flessibilità che ci permette di arrivare incolumi a fine giornata.

Anche Amedeo Mainardi e Emilia Agrimi (25) affermano che le uscite, le gite rinforzano il senso di autonomia e richiamano il processo evolutivo dell'individuo che acquista la capacità di sperimentare la propria autonomia separandosi spazialmente dall'oggetto genitoriale.

Altro obiettivo importante è quello di **favorire i contatti umani e sociali e l'eventuale accesso alle organizzazioni del territorio.**

Il soggetto psicotico perde la capacità di articolarsi in modo armonico con l'ambiente e non è più in grado di soddisfare con successo i suoi bisogni né di rispondere alle richieste e ai bisogni degli altri. Queste incapacità lo espongono a una serie di fallimenti che lo isolano sempre di più, sia per l'esperienza frustrante, che va a rinforzare sentimenti di disistima e inadeguatezza sia per le tendenze emarginanti che si creano nel contesto in cui il soggetto vive.

I membri del Gruppo Sopraimille sostengono che l'obiettivo terapeutico riabilitativo deve essere teso anche al mantenimento o alla costituzione di un contesto significativo che consenta lo svolgersi della vita di relazione.

Il gruppo in genere si costituisce attorno a uno scopo manifesto, ad esempio una qualche attività. Il gruppo diventa uno spazio dove: sperimentare la solidarietà, la cooperazione, condividere le emozioni, rendere sostenibili le paure, indagare il confine di dove possiamo giungere (26).

L'escursionismo in montagna è per definizione un'attività outdoor e avviene in un ambiente non protetto, dove i malati vengono a contatto con persone che non hanno a

che fare con il mondo della psichiatria. Sui sentieri e nei rifugi si incontrano continuamente persone con le quali si interagisce per scambiarsi informazioni, percorsi, saluti. Questo è molto importante se si pensa che i malati mentali sono abituati ad avere relazioni o con altri malati o con operatori sociali e sanitari dovendo rispettare sempre una scala gerarchica. In un contesto come questo i pazienti si possono sentire al pari delle altre persone, anche loro sono arrivati lì dove altri non malati sono arrivati e questo grazie alle loro capacità. Qui si sentono attivi e partecipativi nella realtà.

In questo contesto si potrebbe verificare quanto detto da Roberto Mezzina, Mario Colucci, Giuseppe dell'acqua (27): “La libertà diventa libertà per costruire esperienze di vita, esistenze singolari in tessuti collettivi, percorsi di emancipazione nella rete dello scambio e del contratto sociale, libertà per pensare altrimenti la comunità e dalle realtà artificiali costruite nelle istituzioni, nelle comunità chiuse. “

Il fatto che queste persone entrino a far parte di un gruppo, quello degli alpinisti, contribuisce a diminuire lo stigma che affligge questa categoria di persone e a creare una considerazione positiva da parte della società.

I pazienti coinvolti nelle attività di montagnaterapia beneficiano della condivisione di uno stesso interesse che li unisce, anche sociologicamente e culturalmente, agli escursionisti-alpinisti normali (19).

“La montagnaterapia cerca di sfatare il pregiudizio non solo dei sani, ma soprattutto dei pazienti stessi e dei loro familiari, dimostrando che, anche chi è affetto da disagio mentale può non solo condurre una vita normale, ma anche impegnarsi in attività che non tutti sono capaci di fare (21).

Stupore, curiosità e ricerca vanno persi o finiscono in ombra. Non c'è più fluidità, elasticità ma staticità, questo è quanto afferma Aldo Lombardo (28) pensando ai pazienti psichiatrici.

In questo tipo di attività i suddetti elementi vengono molto stimolati. La curiosità è un elemento fondamentale per l'acquisizione di nuove conoscenze e per sentire la voglia di andare avanti. Il fatto di non conoscere esattamente il percorso, cosa troveremo all'arrivo, cosa vedremo oggi di interessante (animali, panorami), cosa ci insegnerà l'esperto di montagna, cosa succederà di divertente è un'ottima spinta per sentire la voglia di svegliarsi anche quella mattina.

Durante le escursioni i **sentimenti e le emozioni** che pervadono i pazienti sono molteplici. Possono provare meraviglia, entusiasmo, senso di onnipotenza, o paura, sconforto, disagio, inadeguatezza e tante altre sensazioni. L'importante è che il paziente provi queste emozioni e che l'operatore riesca a coglierle e sia pronto e in grado di sostenerlo per evitare di andare incontro a crisi anche importanti.

Tutti hanno avuto modo di misurarsi con elementi quali il freddo, la fatica, la verticalità, la paura; esperienze prima sistematicamente rifiutate ma ora, in questo contesto, rese possibili e accettate (26).

Provare delle paure può aiutare a superare certe difficoltà. Attraverso elementari esperienze di alpinismo, con l'esposizione per così dire omeopatica al vissuto del rischio, il progetto si propone di lavorare terapeuticamente sulle modalità di reazione, sui pattern comportamentali e sugli aspetti traumatici.

Il confronto con esperienze che pongono l'individuo di fronte al pericolo, a livello cosciente, attivano movimenti istintuali di sopravvivenza, e quindi avviano processi ordinativi che sono finalizzati alla vita.

G.Scoppola, in seguito a varie esperienze, afferma: "I dati osservati e clinici ci hanno sempre mostrato comportamenti e verbalizzazioni progressivamente più coerenti dopo l'esposizione a moderate paure"(19).

La **mutualità** si è rivelata fondamentale per lo svolgimento di queste escursioni. Lo squilibrato rapporto operatori-pazienti che si verifica in certe realtà permette l'instaurarsi in modo naturale di gruppi di auto-mutuo-aiuto dove i soggetti si aiutano nel superare difficoltà fisiche e psicologiche. Così il mutuo aiuto da necessità è diventato un obiettivo del progetto. Le persone dando aiuto lo ricevono, imparano a capire le diversità e ad accettarle, imparano ad aiutare e a farsi aiutare, a conoscersi e conoscere, ad accogliere ed incontrare, sono partecipi di un gruppo nel quale si sentono accettati e ben voluti.

I **cinque sensi** ci servono per utilizzare le risorse che abbiamo a disposizione, in questo caso per cogliere cosa ci sta offrendo il sentiero, metaforicamente per cogliere le occasioni della vita.

Secondo tre infermiere del CSM di Arco che prendono parte a questo progetto, queste attività svolte nella natura e con la natura, sono un mezzo per soddisfare dei bisogni fondamentali legati all'aspetto fisico, cognitivo, psico-affettivo e sociale. Il

bosco, il sentiero, l'alpeggio, la cima di una montagna, il laghetto alpino... sono tutti ambienti che presentano una flora e una fauna molto particolari, che solitamente i pazienti non hanno la capacità di frequentare, osservare ed esplorare perché la malattia li costringe a rimanere rinchiusi ed isolati. Il corpo e le sensazioni che si provano sono la prima parte del mondo che conosciamo, quindi queste attività svolte nell'ambiente naturale, stimolando in modo selettivo i vari sensi, permettono ai pazienti di collegarsi al mondo in maniera oggettiva e reale (29).

A questo scopo sono stati anche progettati dei giochi da effettuare nelle sessioni per aiutare queste persone a riappropriarsi dei loro sensi.

Proporre l'utilizzo dei sensi come gioco permette ai pazienti di vivere le sensazioni e il mondo come realtà piacevole e non minacciosa; gli stimoli che ne derivano permettono di fare riaffiorare ricordi spesso assopiti, ma che restano una parte importante di tutti noi (29).

Per sopperire ai vuoti che provano i pazienti psicotici si cerca di stimolare la **memoria**, anche emotiva attraverso la visione delle foto o dei panorami quando si è in escursione, indicando dove si era l'altra volta, ricordando la strada che si era percorsa, i luoghi dove si era fatto sosta e favorendo il racconto a chi non partecipa al progetto.

Il **racconto** a distanza di tempo, di chi vi ha partecipato è un esercizio positivo, una iniezione di autostima: è trasmettere con orgoglio "io c'ero" (30).

Il recupero dell' **autostima** è un obiettivo importante della montagnaterapia. Viene recuperata grazie a tutto ciò che offre la montagna: fatica, difficoltà, imprevisti, ostacoli, raggiungimento di una meta, aiuto dato ai compagni, sostenimento di relazioni con gli estranei. È bene notare a questo proposito come la fatica fisica si confaccia più al concetto / obiettivo di autostima e soddisfazione finale ed invece configga spesso e volentieri con quello di svago / divertimento (30).

La montagna ha delle **regole** che devono essere necessariamente rispettate pena essere sottoposti a situazioni spiacevoli come il buio, il freddo, l'affaticamento eccessivo, i temporali ecc.. .

Il fatto di dover rispettare delle regole per evitare di trovarsi in queste situazioni rende la montagna un elemento strutturante utile per il benessere personale e degli altri.

Anche la **condivisione** è un elemento che emerge molto in questa attività. Condivisione di paure, fatica, spettacoli naturali, meraviglia. La condivisione vista come senso di appartenenza. Io condivido con te questo momento, questa foto, questo particolare perché mi sento di appartenere al gruppo che sta vivendo queste emozioni.

Il **collegamento** radio fra due sottogruppi riveste una fondamentale importanza: Separarsi non coincide col perdersi, ma essere stimolati a pensarsi e desiderarsi; perdersi per sempre è infatti una paura che spesso ritroviamo nell'esperienza psicotica (19).

Oltre a tutte queste dimensioni psicologiche l'escursionismo e l'alpinismo agiscono anche sulla **sfera fisica**.

Freud ci ha insegnato che l'Io è prima di tutto un "Io corporeo". Per questo prendersi cura del paziente psicotico significa prendersi cura anche del suo corpo (15).

Osservando la corporeità dei malati psicotici il soma appare inabitato e sembra aver perso la possibilità di essere uno strumento per abitare, cioè frequentare da un punto di vista psicofisico e relazionale, il mondo. Il corpo ovviamente c'è, ma è assente (19).

Ogni soggetto ha una diversa fisicità che deve essere osservata prima di potervi intervenire e l'osservazione è condizionata dal luogo dove questa è svolta: dentro le quattro mura si ha un campo di osservazione ridotto, fuori, in campo aperto, la prospettiva è indubbiamente diversa (24).

Effettuando questa attività sono costretti ad utilizzare il corpo e imparano a sentirlo. Imparano, anche con l'aiuto di una preparazione pre-escursione, a sentire il proprio respiro, l'affaticamento, il battito cardiaco, il sudore, il calore che si genera grazie alla attività che stanno svolgendo.

Infatti viene proposto di esercitarsi nella respirazione completa, atta a riscaldare il corpo preparandolo al movimento e alla esposizione attiva all'ambiente esterno.

La respirazione, concepita come fondamentale movimento ritmico del e nell'organismo psicofisico, introduce ad altri movimenti corporei che possono produrre un riscaldamento percepibile e su cui è possibile focalizzare l'attenzione (19). Esso sarà continuamente auto-prodotto e non solo conservato dall'abbigliamento stratificato; e non è difficile intuire le positive conseguenze

psicologiche di una simile verifica su cosa e chi scalda il sé.

Inoltre la respirazione allevia e riduce lo sforzo aumenta la presa di coscienza del proprio ritmo di cammino, evita la frustrazione del confronto con i compagni, ecc, (30).

La montagnaterapia è un metodo per sopperire all'intolleranza all'attività fisica che caratterizza questi malati a causa anche delle comode poltrone che il sistema psichiatrico tradizionale offre creando l'impossibilità a valutare positivamente la forza, la resistenza, la coesione ecc... (19) permettendo anche un miglioramento puramente fisico rinforzando i muscoli, sciogliendo le articolazioni, recuperando il baricentro, e migliorando la postura dei segmenti corporei.

Le società tecnologiche contemporanee hanno progressivamente ridotto la necessità per l'individuo di ripetere quei movimenti del corpo, soprattutto quelli in verticale, che erano iscritti nel suo patrimonio genetico. Il movimento stesso per l'uomo contemporaneo, non sembrerebbe essere più necessario. Questo non ci apparirebbe drammatico se continuassimo a ragionare con una logica che sottintende una vita autonoma della esperienza mentale dalle vicende della fisicità e della relazionalità; ma la ricerca sulla malattia mentale, su quella fisica e sul disagio sociale ci hanno fatto capire come sia necessario un più vasto ripensamento sulla salute nel suo complesso.

A conferma dell'importanza di questo viene l'approccio psico-motorio secondo il quale il tono posturale si imprime per le stesse vie sensorio-motorie del tono psico-affettivo.

Infatti l'atteggiamento posturale del corpo varia in funzione agli stati affettivi ed emozionali (19).

A conferma dell'importanza dell'attività fisica per il ristabilimento della relazione mente - corpo in letteratura (25) sono descritti diversi tipi di esercizi e di terapie fisiche.

Altri obiettivi della montagnaterapia sono: stimolare la ripresa del contatto col proprio corpo anche sul piano tecnico, nel campo della manualità, dell'uso appropriato dell'attrezzatura, di dimensioni specifiche (la conoscenza del territorio, l'orientamento e la meteorologia); migliorare l'adattamento alle difficoltà, alla fatica; promuove un *modus vivendi* il più possibile salubre; migliorare le proprie

competenze, le proprie piccole autonomie; trasmettere serenità, capacità di autocontrollo; controllare la frustrazione, gestire l'insuccesso; controllo emotivo: elaborazione dei vissuti rispetto alla fatica fisica e mentale; identità personale: riconoscimento e accettazione dei propri limiti e dei propri punti di forza; capacità di equilibrio, gestione del dolore e della fatica, coordinazione nei movimenti, igiene personale, fiducia, sia nell'adulto sia nel compagno di cordata (23).

2.4 STUDI SPERIMENTALI E METANALISI INTERNAZIONALI

Attraverso una ricerca in internet e tramite riviste internazionali di infermieristica e medicina online e cartacee ho trovato diversi articoli riguardanti questo argomento. Si tratta di studi sperimentali e meta-analisi svolti negli Stati Uniti d'America e in Gran Bretagna e mettono in evidenza sia i punti di forza sia quelli deboli di questo tipo di attività terapeutico riabilitativa.

Leggendo questi articoli si potrebbe affermare che la montagnaterapia è una terapia da inserire nell'ampio gruppo delle attività avventurose fuori porta. In questi altri due paesi infatti viene definito Outwardbound programs, Adventurous outdoor activities o wilderness tutto ciò che implica attività che contengono elementi di sfida nella natura per persone con disabilità che possono derivare da patologie mentali, fisiche, sociali e per individui sani.

Questi studi quindi prendono in esame tutte le attività avventurose fuori porta e non specificatamente la montagnaterapia intesa come da noi in Italia, considerando anche altre tipologie di persone, non solo malati mentali.

2.4.1 AUMENTO DELLE “RESILIENCE” IN GIOVANI ADULTI

Challenge and support in outward bound: the double – edged sword (31)

ABSTRACT

Esposizioni controllate a delle sfide accresce le “resilience” psicologiche dei partecipanti. “Resilience”: qualità psicologiche che permettono alla persona di far fronte e di rispondere efficacemente agli stress della vita, capacità di un individuo di mantenere, recuperare o migliorare la sua salute mentale dopo le sfide della vita. Questo studio supporta questa affermazione dimostrando significativi miglioramenti nelle “resilience” per 41 giovani adulti che hanno partecipato a 22 giorni di outward

bound programs piuttosto che nel gruppo di controllo. Due fattori influenzanti i risultati: supporto sociale e relazione fra processo di gruppo e crescita individuale.

Gli umani hanno bisogno di sfidare i propri limiti fisici e psicologici per aumentare la loro capacità di convivere con la vita quotidiana. Le spedizioni possono contribuire molto nella costruzione della forza del carattere . Per un giovane è necessario avere occasioni di esperienze che rivelano i valori e le emozioni interne dell'uomo, i limiti della sua indole, la fibra della sua essenza, la qualità della sua resistenza.

In mancanza di un appropriato supporto un'esperienza di sfida può essere dannosa: arma a doppio taglio. Le sfide feriscono profondamente la psiche delle persone ma in un ambiente di intenso supporto la psiche è in grado di guarire più forte di prima e alla fine la persona risulta vaccinata nei confronti dei futuri stress della vita quotidiana.

METODO

Partecipanti:

Gruppo sperimentale: 41 giovani adulti

Gruppo di controllo: 31 studenti hanno partecipato a un progetto psicologico all'Australian National University.

Strumenti:

15 items provenienti dalla “Resilience Scale” per misurare: il morale, la soddisfazione della vita e la depressione al primo e all'ultimo giorno del programma. 5 items per misurare il supporto sociale percepito e ricevuto dal gruppo, dagli istruttori, dal membro più supportivo del gruppo e dal membro meno supportivo, misurato l'ultimo giorno.

Programma:

22 giorni con varie attività: spedizioni, preparazione del cibo, corso di corda, incarichi di propria iniziativa, navigazione, camminate, sessioni di comunicazione, debriefing, esplorazione di grotte, rafting, canoenioning, rockclimbing e solo (tre giorni da solo), spedizione finale senza gli istruttori.

RISULTATI

“Resilience Scale” e percezione del supporto sociale: punteggi positivi per tutti i 41 partecipanti. I cambiamenti sono risultati molto più ampi di quelli del gruppo di

controllo.

Conferma dell'ipotesi iniziale. Essere in un ambiente stimolante che contenga sfide e supporto può essere raccomandato come una potente formula per la crescita.

2.4.2 UN NUOVO SERVIZIO PER PERSONE CON DISABILITA'

Adventurous outdoor activities: a review and a description of a new service delivery package for clients with learning difficulties who have behaviours which challenge services or society (32).

ABSTRACT: questo articolo vuole descrivere la necessità e la creazione di un nuovo servizio per persone con difficoltà di apprendimento, con comportamenti antisociali o vittime del sistema che non rispondono alle risorse disponibili, con severi disordini di personalità, e profonde disabilità fisiche.

I corsi basati sull'avventura sono forniti in un contesto di terapia di supporto con cambiamenti misurabili. Le attività includono cammino su roccia, arrampicata, canoeing e esplorazioni di grotte, tutto sostenuto da una terapia di supporto.

I benefici dell' "adventurous outdoor activities" sono: aumento della forza muscolare, dell'efficienza cardiovascolare, sviluppo della cooperazione, fiducia e capacità di problem solving, aumento dell'autostima, e della sicurezza in sé stessi, sviluppo della percezione positiva di sé, l'opportunità di effettuare scelte e di accettare le conseguenze di queste. Sono stati identificati sei positivi stili di vita che si sono modificati al termine di uno studio: relazioni interpersonali, capacità ricreative, attitudine verso persone con disabilità, tolleranza verso gli altri, tolleranza dello stress, e abilità nell'affrontare nuove situazioni.

Lo staff ha notato: un alto livello di impegno individuale aumento della partecipazione, delle competenze e della presenza in comunità.

Sono state fatte numerose esperienze più o meno impegnative ma tutte con gli stessi positivi risultati: sulle Alpi Francesi, sul Monte Bianco, sul Kilimanjaro, sul Monte Elbrus e negli UK. I pazienti hanno l'opportunità di usare le loro forze e abilità in un nuovo setting lontano da quello abituale che può essere stigmatizzato e restrittivo. La necessità di lavorare insieme e il notevole impegno richiesto fanno sì che le barriere cadano e facilmente si instaurino relazioni di amicizia. Questo è fondamentale in una

crescente rete sociale di relazioni interpersonali.

Anche se il grado di sfida può essere manipolato il rischio e l'incertezza sono sempre presenti. E questo riflette gli aspetti della vita reale dai quali le persone con disabilità vengono sempre protette. Queste attività sono potenti esperienze con reali conseguenze nelle quali i partecipanti devono accettare la responsabilità delle proprie azioni.

Spesso questi individui hanno un ruolo stereotipato e un basso status all'interno del network. Nelle attività avventurose questi ruoli diventano confusi e possono invertirsi quando, per esempio, un membro dello staff dipende da un cliente.

I membri dell'equipe che partecipano all'attività sono infermieri, psicoterapisti, lavoratori sociali, e insegnanti, alcuni dei quali hanno ricevuto addestramenti avanzati nell'outdoor activities.

Gli accompagnatori devono conoscere questa attività e avere esperienza lavorativa con queste persone che necessitano di supporto personale e sociale.

Gli autori sono incapaci di raccomandare attività segregate poiché escludono l'individuo da tutti i membri della comunità e negano la possibilità di formare relazioni significative e riduce la qualità di vita.

2.4.3 PROGRAMMI D'AVVENTURA PER ADOLESCENTI CRONICAMENTE MALATI

Adventure, Etc.. - A health – promotion program for chronically ill and disabled youth (33)

ABSTRACT

Spesso gli adolescenti con malattie croniche hanno problemi di compliance, cura di sé, relazione con i pari, e di preparazione per la vita al di fuori della famiglia.

Si tratta di uno studio sperimentale che ha coinvolto 37 adolescenti fra i 14 e i 16 anni disabili e con malattie croniche e adolescenti senza problemi di salute.

OBIETTIVO: apprendimento dall'esperienza attraverso l'utilizzazione di: problem solving, interdipendenza fra pari, esplorazione di nuove esperienze che testano le capacità fisiche e sociali.

GRUPPO SPERIMENTALE: 20 adolescenti con: linfoma, fibrosi cistica, dipendenza da sostanze chimiche, attacchi d'ansia, depressione, leucemia, diabete

mellito, malattie congenite al cuore, poliarteriti con associati accidenti vascolari, paralisi cerebrale, artrite giovanile, mielodisplasia, scoliosi congenita, sordità.

GRUPPO DI CONTROLLO: adolescenti sani.

PROGRAMMA: entrambi i gruppi hanno partecipato a canoening, camping, diminuzione del contatto con lo staff, solo, rock climbing. Ogni gruppo di partecipanti era seguito da un medico e da un esperto di outwardbound.

STRUMENTI: "Offer Self Image Questionnaire for Adolescents", "the Nowicki-Strickland Personal Reaction Survey (locus of control)", "the Moos Family Environment Scale." Queste scale sono state utilizzate nel pre e post – test, in un'intervista e nel follow-up per misurare il "locus of control", l'immagine di sé, l'ambiente familiare, le dinamiche familiari.

RISULTATI: per i malati si sono verificati notevoli cambiamenti nel "locus of control" quindi nell'efficacia personale. Mentre per gli altri adolescenti non c'è stato nessun miglioramento in questo ambito.

Intervista di follow up ai genitori degli adolescenti malati: hanno notato nei loro figli un aumento dell'indipendenza in termini di aumento di responsabilità per la cura personale e nella gestione della malattia e più coinvolgimenti sociali al di fuori della famiglia.

In entrambi i gruppi: miglioramenti nell'immagine corporea e aumento delle attitudini verso i pari.

Follow up genitori del gruppo di adolescenti sani: affermano che ha aiutato i figli a riflettere sulla loro condizione rispetto a quella dei malati, ad essere meno critici verso gli individui, a prendere tempo prima di giudicare, e ad essere più disponibili ad aiutare gli altri.

2.4.4 COMPARAZIONE DEI RISULTATI DI DIVERSI STUDI SPERIMENTALI

Meta analytic research on the outcomes of outdoor education (31)

Da questa metanalisi emerge che sono più efficaci i programmi con maggior durata e rivolti a persone adulte, e che i programmi con obiettivi terapeutici e con filosofia di auto – sviluppo ottengono cambiamenti che i programmi a scopo solamente ricreativo non raggiungono; la qualità dello studio può influenzare i risultati.

Capitolo 3

L'INFERMIERE E LA MONTAGNATERAPIA

Nel capitolo dedicato all'infermiere descriverò l'essenza del lavoro dell'infermiere con formazione generale e dell'infermiere specialista nella salute mentale. In seguito descriverò il ruolo dell'infermiere nel programma di montagnaterapia.

3.1 INFERMIERISTICA GENERALE

Il profilo professionale identifica l'identità professionale e l'assistenza infermieristica come un'attività rivolta alla **totalità della persona** e alla **globalità dei suoi bisogni di salute**, tenendo conto dell'età del paziente, del suo ambiente, delle situazioni.

Dopo l'abrogazione del mansionario (1999) i punti di riferimento operativi e comportamentali dell'infermiere sono diventati il profilo professionale, presente nei decreti ministeriali, l'orientamento didattico del corso di laurea e il codice deontologico.

Secondo il profilo professionale l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

La tendenza è di far coincidere la professione infermieristica con la sola componente tecnica ma per fare dell'infermiere un professionista completo questa non è sufficiente. L' "essere infermiere" infatti deriva dall'unione di componenti tecniche, relazionali ed educative. Questo serve per riconoscere che "il primo atto di cura e assistenza è la vicinanza attenta, assidua e personale al malato".

Il lavoro dell'infermiere si colloca tra le professioni artigianali, quelle che richiedono sensibilità, intuito, passione, esperienza pratica, strumenti tecnici, tocco personale.

L'aspetto fondamentale della professione infermieristica è la sua qualità terapeutica: l'infermiere si prende cura di persone malate, contribuendo al miglioramento delle condizioni di salute.

L'infermieristica fa riferimento al modello olistico della salute che riconosce un'interazione tra mente, corpo, spirito e l'ambiente circostante. Questo modello dà importanza alla totalità dell'individuo in modo da comprendere il comportamento delle parti che lo compongono e vede il raggiungimento della salute come la

realizzazione sul piano fisico, psichico, emotivo, relazionale, spirituale, sociale delle persone (34).

3.1.1 LE COLONNE PORTANTI DELL'INFERMIERISTICA: LA RELAZIONE, LA CURA, IL PRENDERSI CURA, L' ASSISTENZA, L'AIUTO

Alla base di tutte le attività infermieristiche c'è la relazione. Relazione e cura sono concetti interconnessi: “ la cura non può che realizzarsi nella relazione e la relazione diviene significativa quando è un prendersi cura”.

Nursing deriva dal verbo “to nurse” che ha diverse accezioni: nutrire, allattare, alimentare . Questo dimostra che il nursing è un gesto alla base del nostro sostentamento come lo è il nutrirci. La cura quindi è un passaggio di forza, energia, calore che costituisce il nutrimento per il malato bisognoso di cure. Il “prendersi cura” implica un “modo d'essere” che va dalla buona comunicazione, al rispetto dei diritti dell'assistito, alla competenza professionale e relazionale.

La stessa parola “assistere” deriva dal latino con ad che significa “appresso” e sistere che significa “fermarsi, presentarsi”, questo ci fa capire che il compito di un infermiere non consiste solo nell'essere presente ma di fermarsi per vedere, udire, stare vicino, essere in relazione con.

L'aiutare è una componente essenziale per soddisfare i bisogni umani fondamentali. L'aiuto quindi è significativo all'interno della relazione infermieristica con il paziente in quanto gli interventi infermieristici si basano per la maggior parte sull'aiuto nei confronti del malato. La parola “aiutare” significa correre verso, affrettarsi per difendere qualcuno da qualcosa che per l'infermiere significa difendere il suo assistito dal rischio di malattia o dalla malattia ovvero manifestazioni fisiche, psicologiche, fisio-patologiche.

Secondo Carl Rogers nella relazione d'aiuto l'infermiere deve avere caratteristiche di empatia e di congruenza e stabilire con il paziente una relazione non direttiva in modo da non essere autoritario ma una guida psicologica stimolatrice.

La prevenzione, la cura e la riabilitazione entrano a far parte sinergicamente del piano assistenziale. Per questo l'infermiere è un educatore informale della salute ma ciò non toglie che possa essere chiamato a strutturare formalmente un progetto educativo. Un educatore informale è colui che è a contatto con i pazienti e i familiari,

che si basa sulla comunicazione interpersonale e che spesso educa inconsapevolmente durante le normali attività lavorative.

Se non ci si vuole fermare solo al “cure” (cura della malattia in senso tecnico) ma esercitare la “care” (includendo nella cura le emozioni e il vissuto del paziente) la relazione e l'educazione diventano fondamentali.

L'educazione è un elemento trasversale a tutti i livelli di assistenza, per questo l'infermiere può essere visto come un catalizzatore dei processi terapeutici (34).

3.2 L' INFERMIERE SPECIALISTA NELLA SALUTE MENTALE

L'infermiere psichiatrico si colloca nella patologia mentale e nel lungo percorso di riabilitazione sociale di questi malati (34).

Dopo l'integrazione che si è creata in seguito alla legge 180 tra mondo psichiatrico e mondo sanitario molti campi della medicina sono più attenti al fatto psichico sia come elemento concasuale della patologia sia come elemento fondamentale della relazione terapeutica e quindi della cura. Questo incontro ha fatto riconoscere agli operatori psichiatrici l'utilità di un modello di nursing come approccio ai bisogni di assistenza del paziente e gli infermieri hanno manifestato sempre di più l'esigenza di sviluppare competenze relazionali e capacità di risposta ai bisogni psichici.

La competenza richiesta agli infermieri è di riconoscere la sofferenza psichica sia nei diversi quadri presentati dai pazienti psichiatrici sia nelle varie sfumature che si intrecciano al quadro organico in molti pazienti.

Patologie psicosomatiche e somatiche che incidono sulla psiche del paziente fa capire all'operatore che spesso rispondere ai bisogni psichici di un paziente passa attraverso l'attenzione al suo corpo o viceversa. Così il corpo diventa scenario dell'espressione psichica e il suo accudimento luogo privilegiato di incontro tra operatore e assistito.

Spesso è il contatto umano che agisce da catalizzatore nell'accrescere e utilizzare le potenzialità e le risorse individuali. E' proprio in questo incontro che il nursing psichiatrico si definisce, caratterizzandosi per la ricerca del significato e della comunicazione contenuta in ogni bisogno del soggetto sia esso fisico, psichico e sociale (13).

La specificità che l'infermiere ha nell'entrare in contatto con situazioni di sofferenza

riguarda il suo intervenire in aree intime delle persone. Si tratta sia delle zone del corpo più private, sia di zone della psiche che appunto solitamente teniamo riposte o chiuse nei sogni o in contenitori analoghi (35).

Nei pazienti psichiatrici è essenziale la condivisione, l'esserci, mentre il fare spesso serve solo a spaventarli di più e forse è solo un modo per gli operatori di gratificarsi.

In ambito psichiatrico è necessario raggiungere un'alleanza terapeutica sulla quale le altre branche della medicina possono contare a priori. La relazione infermiere - paziente diventa un'occasione per favorirla e per unire i due progetti, quello del paziente e quello dell'equipe.

Il fatto che i bisogni del malato siano al centro della relazione assistenziale fa sì che questa sia significativa e terapeutica a differenza delle altre relazioni interpersonali.

L'infermiere, quindi, deve identificare i bisogni del paziente, intervenire dove finisce l'autonomia del soggetto nell'assolvere le proprie attività di vita allentando la dipendenza nei momenti opportuni. In ogni caso il paziente anche se dipendente ha bisogno di trovare autonomia e individualità che deve essere quindi favorita dall'infermiere.

Per riconoscere il bisogno di assistenza infermieristica e quindi pianificare e attuare la propria assistenza e il proprio aiuto al paziente l'infermiere si può avvalere della scala di Maslow riguardante i bisogni umani: bisogni fisici, di sicurezza, di amore e appartenenza, di stima, di autorealizzazione e delle attività di vita definite da Roper: comunicazione, respirazione, alimentazione, eliminazione, igiene personale e abbigliamento, temperatura corporea, mobilitazione, lavoro e tempo libero, sessualità, sonno e morte (13).

Come afferma Paul Claude Recamier (15) un tocco di creatività nel lavoro con persone psichiatriche non è male, anzi indispensabile per sopperire la difficoltà a pensare e a immaginare propria dei pazienti psicotici e per gli operatori per apprezzare questo lavoro. Ci vuole inoltre capacità di inventarsi luoghi, spazi e metodi, conservare il piacere della scoperta e del lavoro comune cercando di non vivere mai la noia.

Dalla letteratura (35) emerge che si tende ad avere sfiducia nel valore delle parole scambiate con il paziente anche se tutti hanno esperienza del fatto che una parola può far cambiare completamente lo stato d'animo, oppure la sequenza di un film può

spaventare, o i versi di una canzone possono far piangere, possono ferirci anche in senso fisico: suscitare palpitazioni, ulcere, vomito, e altro ancora. Si tratta del potere delle emozioni che le parole veicolano e questo è il primo passo verso la definizione del rapporto infermiere paziente, di che cosa lo costituisce come rapporto di cura, terapeutico.

3.3 RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA MONTAGNATERAPIA: CONSIDERAZIONI PERSONALI SCATURITE DOPO LA MIA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO

Il ruolo dell'infermiere e l' "essere infermiere" descritto nei paragrafi precedenti ci fa capire il perché dell'importanza di questa figura nel progetto di montagnaterapia se consideriamo il fatto che il programma è dedicato a soggetti malati e non sani. All'interno delle mura protette delle istituzioni noi infermieri ci prendiamo cura delle persone malate ma a maggior ragione è necessario che questo prendersi cura continui anche in un contesto esterno, non protetto come può essere quello della montagna dove il paziente mantiene comunque la necessità di assistenza.

Di seguito elencherò delle situazioni o delle ragioni per le quali a mio parere la figura dell'infermiere dovrebbe essere presente durante le uscite.

Sicuramente la **relazione d'aiuto** durante le escursioni è il maggiore strumento che ci troviamo ad utilizzare. Come affermato dai pazienti stessi durante le uscite il rapporto operatore - paziente diventa più semplice e questo infatti si può notare per il fatto che i pazienti esternano maggiormente le loro emozioni, i loro pensieri, le loro paure sperando di trovare ascolto, comprensione e aiuto.

Sempre in questo ambito non è escluso il fatto che un paziente possa andare incontro, anche a causa di ciò che comprende l'escursione stessa, a delle difficoltà psicologiche, dei blocchi o a delle crisi che richiedono di essere gestite sul luogo e che l'infermiere esperto in area psichiatrica è abituato a sperimentare nei luoghi di accoglienza delle acuzie e delle emergenze.

Vorrei, ora, ricollegarmi al concetto di empatia e congruenza di Carl Rogers (34) . Empatia significa mettersi nei panni degli altri per riuscire a cogliere realmente la loro sofferenza. Congruenza significa rimanere comunque sé stessi senza assumere nessuna maschera. Una chiara manifestazione di empatia è il mettersi sullo stesso

piano del paziente percorrendo insieme lo stesso sentiero. Questo è forse il metodo migliore per cogliere le sofferenze dei pazienti.

Un paziente psichiatrico può andare incontro ad altre malattie che non dipendono dalla malattia mentale, le cosiddette **patologie concomitanti**: dismetaboliche, cardiache, neurologiche, scheletriche ecc.. o a disturbi organici che insorgono in concomitanza di malattie mentali come le **malattie psicosomatiche**. Al contrario si possono incontrare persone che a causa di una **malattia somatica** o alle terapie ad essa rivolte sviluppano un disturbo psichico (13).

Prendiamo in esame il paziente diabetico che è effettivamente presente nel gruppo di pazienti che ho frequentato. Per questo paziente sarà necessario fare delle osservazioni prima della partenza come per esempio considerare se è in un periodo di scarso controllo metabolico o se si prevede una giornata con condizioni ambientali estreme. Durante l'escursione sarà necessario aumentare il controllo della glicemia e osservare più attentamente segni e sintomi come sudorazione, tremore, tachicardia, palpitazioni, nervosismo, fame, incapacità di concentrazione, vertigini, mancanza di coordinazione, alterazione dello stato emotivo (agitazione, confusione), sonnolenza, sdoppiamento della visione, insensibilità alle labbra e alla lingua, comportamenti irrazionali o aggressivi che indicano l'insorgenza di un' ipoglicemia. Altra funzione importante è quella di educare il paziente prima e durante l'escursione riguardo la gestione e la relazione con la propria patologia nell'esercizio di tale attività.

Si dovrà spiegare il perché della necessità di aumentare i controlli della glicemia per quella giornata, di osservare con più criticità le reazioni corporee descritte precedentemente, della possibilità di apportare cambiamenti nell'alimentazione e nell'idratazione; si spiegherà anche la necessità di utilizzare calze e scarponi comodi e l'importanza del controllo dei piedi dopo l'attività.

Altro esempio pratico con il quale ho avuto modo di confrontarmi: un paziente del gruppo va incontro a delle crisi temporanee durante le quali, per motivi psicologici, non riesce ad urinare e necessita dell'inserimento del catetere vescicale per un certo periodo. L'infermiere può usare le sue conoscenze per gestire in modo adeguato il c.v. durante le escursioni e adottare strategie e soluzioni per prevenire spiacevoli incidenti e per risolverli se questi dovessero verificarsi. Per esempio può utilizzare un tipo di sacca e di contenitore piuttosto che un altro, può scegliere il percorso più

adatto e praticare l'educazione al paziente riguardo il comportamento e gli accorgimenti che deve tenere (per esempio stare maggiormente attento a non inciampare chiedendo anche aiuto in certi passaggi, a non impigliarsi con le mani o con altri oggetti nella borsa che contiene la sacca, a non manipolare il presidio essendo in condizioni non pulite, a chiedere assistenza in caso di bisogno).

L' infermiere quindi ha il dovere e l'abilità di adattare i percorsi anche in funzione delle patologie considerandone l'esposizione al sole, la pendenza, il terreno, le ore, la velocità della marcia..

La **componente educativa** risulta molto importante anche durante le escursioni, fatta quindi in tempo reale al momento dell'azione e non a posteriori o preventivamente. Una delle educazioni più importanti da rivolgere al paziente psichiatrico in questo contesto è quella che riguarda la comprensione delle reazioni del corpo durante queste attività.

Come affermato in precedenza questi pazienti hanno difficoltà nel relazionarsi con il proprio corpo e possono sentire le reazioni di questo durante l'attività come minacce, maltrattamenti e abusi. Questo problema è stato percepito dal responsabile della macrozona del Veneto, Friuli Venezia Giulia e Emilia Romagna, nella pratica dell'attività ed è stato anche la causa del rifiuto di alcuni pazienti di partecipare ancora all'escursionismo. I pazienti quando provano elementi come sudorazione, tachicardia, aumento della frequenza respiratoria, gola secca, acido lattico, tremore, fatica, indolenzimento, astenia ecc... pensano di essere inidonei, incapaci di svolgere una attività come questa ed è questo che li spinge a stare a casa. Ecco che si spiega così la necessità di spiegare loro che queste manifestazioni corporee sono normali durante uno sforzo, che sono quelle di chiunque faccia fatica e che si possono razionalizzare e programmare. Tali spiegazioni devono essere trasferite, tramite l' infermiere, da un linguaggio scientifico a un linguaggio semplice adatto a loro in modo che capiscano e che possano utilizzare questa educazione nella vita di tutti i giorni. Si aiuta i malati a trovare delle strategie per gestire queste sensazioni. A questo scopo assume importanza anche l'educazione all'alimentazione e all'idratazione. Spiegare che sono da preferire spuntini leggeri e frequenti per prevenire un eccessivo aumento della frequenza respiratoria, della frequenza cardiaca, della sudorazione e della fatica fa in modo che siano loro i responsabili

dell'insorgenza o meno di queste sensazioni “spiacevoli”. Per lo stesso scopo risulta importante spiegare che un'idratazione abbondante, maggiore del solito previene la disidratazione e quindi l'abbassamento della pressione arteriosa, vertigini, confusione mentale, astenia. Detto questo, però, risulta fondamentale l'educazione all'organizzazione pre-escursione considerato il fatto che ognuno può contare solamente sull'equipaggiamento che personalmente ha preparato. Se un paziente si trova ad affrontare un determinato percorso con un equipaggiamento, che va dall'abbigliamento ai viveri, non adeguato sarà l'unico responsabile della sperimentazione di situazioni spiacevoli.

Il limite spesso fa bene a chi lo fa e a chi lo riceve: il problema è trovare i modi di comunicarlo. Per arrivare a questo occorre che l'infermiere abbia elaborato dentro di sé questa dimensione psichica paterna, consistente nel valore terapeutico e strutturante dell'accettazione del limite, da cui trarre forza per lavorare sulle proprie capacità (35).

Capito questo l' infermiere deve aiutare i pazienti a conoscere la fisiologia del proprio corpo per renderli più predisposti e in grado di esplorare le proprie potenzialità e i propri limiti riuscendo a trovare delle strategie per controllarli, modificarli e accettarli. Per esempio si può far sperimentare al paziente come attraverso la modulazione della frequenza e della lunghezza dei propri passi si modifichino tutte le reazioni del corpo precedentemente descritte e come possono quindi essere i manovratori di loro stessi.

E' importante educare anche al cambio della maglia dopo aver sudato per aiutare i pazienti a non incorrere in malanni influenzali, o all'uso della berretta per proteggere la fronte e le orecchie dal freddo, all'uso degli occhiali da sole per proteggere gli occhi e della crema solare per prevenire danni alla pelle provocati dai raggi UVA.

Non è da escludere la **traumatologia**. I malati mentali presentano delle difficoltà nel scegliere i percorsi più idonei, nell'usare le parti del proprio corpo in modo adeguato e la paura a volte può rendere loro il percorso più difficile della realtà. In questo modo possono andare incontro a dei piccoli traumi che possono essere gestiti facilmente da una figura infermieristica e vissuti più tranquillamente da parte dei pazienti. Ma diciamo che la funzione più importante riguardo ai traumi è la prevenzione. La prevenzione in questo caso è fatta da un'attenzione efficace ma non

invalente. Si deve fornire al paziente un'educazione riguardo la necessaria variazione della postura del corpo al variare delle caratteristiche del percorso. Il baricentro del corpo deve essere spostato a seconda che ci si trovi in salita, in discesa o in pianura, il rischio altrimenti è lo sbilanciamento in avanti o indietro con la conseguente caduta. Anche l'educazione alla posizione degli arti è importante per permettergli di mantenere l'equilibrio e la finalizzazione dei loro movimenti per riuscire a capire l'utilità delle parti del corpo. Anche l'utilizzo di ausili come i bastoncini da trekking, degli sci e delle ciaspole è un modo per imparare ad accogliere nuovi strumenti da utilizzare con il proprio corpo.

L'educazione alla percezione delle sensazioni del corpo descritta precedentemente risulta rilevante nell'incidenza dei traumi: per esempio spiegare che se si sentono le vertigini è bene fermarsi e sedersi sul prato o su un sasso riduce la probabilità di cadere; che se si sente uno stimolo forte della fame o della sete o se ci si sente particolarmente stanchi è bene introdurre del cibo, acqua, sali minerali per evitare di svenire; spiegare che riuscire a percepire la sicurezza dell'appoggio delle mani e dei piedi prima di avanzare è importante per evitare inutili cadute.

I pazienti rimangono all'esterno della residenza quotidiana per tutta la giornata ma la **terapia farmacologica** deve comunque essere assunta. Gli psicofarmaci sono uno degli strumenti terapeutici utilizzabili in psichiatria e rappresentano l'approccio al disturbo mentale più tecnico e specifico di cui si dispone. Per questo agli operatori psichiatrici si impone la necessità di conoscere in modo altrettanto tecnico e specifico le caratteristiche peculiari di questo intervento. Una corretta informazione generale sugli psicofarmaci, sui loro effetti terapeutici e collaterali consente di tutelare la salute del paziente e fornisce all'operatore adeguati strumenti di lettura e di interpretazione di tutto ciò che alla somministrazione del farmaco è legato. La somministrazione del psicofarmaco, un atto apparentemente semplice e quotidiano richiede in realtà molteplici espressioni di professionalità e responsabilizzazione: si tratta di saper individuare gli eventuali effetti collaterali, di cogliere le modificazioni dei sintomi, ma anche di intuire il vissuto del paziente legato al farmaco e alla sua via di somministrazione (13).

Il ruolo dell'infermiere come guida è anche quello di aiutare i pazienti a dare un **significato** a ciò che fanno. Sono importanti sia le cose sia i significati e lo sanno

bene gli infermieri che vedono ogni giorno la fatica del paziente a lavarsi quando questa perde il significato vitale e resta cosa morta, oggettiva necessità. D'altra parte è questa oscillazione tra bisogno di oggetti concreti e creazione di significati affettivi che è il pane quotidiano del rapporto tra infermieri e pazienti.

La guida deve cercare di lasciare ai pazienti la libertà di intraprendere delle relazioni interpersonali in modo autonomo capendo che l'incontro con gli altri arricchisce la propria persona e identità indipendente dagli altri; incontrare l'altro e costruire se stessi è un'altalena che è il piacere della vita. La guida deve riconoscere il desiderio di umane relazioni e ricondurle al contesto terapeutico in cui ciò avviene, per reimparare a stare con gli altri e utilizzare poi tale capacità negli ambienti non specializzati (35).

I conduttori delle uscite hanno una valida possibilità di vedere il comportamento dei pazienti al di fuori dell'ambiente protetto, la visione è indubbiamente più ampia. Inoltre se sono le stesse persone che passano più tempo con loro (infermieri per esempio) possono fare un confronto. È importantissimo il ruolo di questi operatori che possono studiare come evolve il processo terapeutico di ogni paziente e riferire poi al gruppo clinico (28) informazioni che solo loro hanno la possibilità di avere.

In un ambiente naturale risulta più semplice mettere in pratica ciò che un infermiere, ha cercato di fare all'interno di una struttura durante la sua carriera per aiutare i pazienti a **riconoscere ciò che è la vita**. Riporto alcune sue riflessioni (35): “Ero bambino quando già con il solo respiro sentivo soddisfazione di vivere; poi anche con l'ascolto dei rumori, il guardare movimenti e colori, il tastare il morbido, il duro, il caldo e il freddo, con il solo pensare e agire al tempo stesso tutto è diventato piacere. Poi riflettendo e ampliando questa ricchezza che è la vita, ho cercato di difenderla, aiutando chi non riesce a riconoscerla.

È da molti anni che cerco di dilettermi del mio lavoro di infermiere psichiatrico e di dare sempre più senso al respiro, riflettendo su chi non respira ma agisce, corre trattenendo il respiro, con una tendenza alla depressione che porta a fuggire i sentimenti di vivacità, amore, odio, passioni, per cercare perfezione, potenza. La ricchezza dell'essere umano sta nel nostro individuale respiro, mantenere quella conoscenza e quell'equilibrio in ognuno di noi, quella forza di gioia che il respiro ci dona.

Il ruolo dell'infermiere in questo progetto si estende anche alla **gestione generale del programma terapeutico** in collaborazione con l'equipe rappresentando, come previsto dal patto infermiere cittadino (12 maggio 1996), il **collegamento** fra ruoli, culture, linguaggio, medici, operatori della sanità e paziente in modo che vengano meglio riconosciuti diritti e doveri.

Capitolo 4

LA MIA ESPERIENZA DI MONTAGNATERAPIA

In questo capitolo descriverò gli obiettivi della cooperativa Libra, nella quale ho fatto la mia esperienza, la montagnaterapia dal suo punto di vista e alcuni episodi che ho vissuto durante le escursioni.

4.1 I PRIMI CONTATTI

Leggendo la rivista del Club Alpino Italiano sono venuta a conoscenza della montagnaterapia e grazie all'indicazione del sito internet dedicato ho iniziato la mia ricerca. Ho contattato il referente della macrozona del Veneto, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna che mi ha dato da subito la sua disponibilità e la possibilità di partecipare al programma.

Ho svolto la mia esperienza con i pazienti e gli operatori inseriti nella cooperativa LIBRA nella quale il referente della macrozona lavora da alcuni anni e da sette conduce le escursioni.

4.2 MONTAGNATERAPIA NELLA COOPERATIVA LIBRA

Lo scopo che si prefigge la società è quello di offrire al paziente in cura il massimo grado di autonomia e di reinserimento sociale attraverso il recupero di vere e proprie abilità sociali.

Il lavoro all'interno di queste strutture residenziali dovrebbe quindi offrire ai pazienti un'esperienza relazionale significativa tale da favorire una progressiva riduzione delle modalità patologiche di relazionarsi agli altri.

E' importante che continui ad esserci un collegamento col mondo esterno che permetta di non isolarsi in un tempo fermo, ma abbia la funzione di un progressivo reinserimento del paziente nel contesto sociale.

Questo si esplica grazie al laboratorio occupazionale, a quello espressivo, alla psicomotricità, all'escursione in montagna.

Le equipe di riferimento dei servizi sono composte da operatori socio sanitari, educatori, psicomotricisti, infermieri, psicologi-psicoterapeuti, istruttori e una Guida alpina.

La cooperativa LIBRA fino dal 2001 ha approfondito le tecniche dell'escursionismo rivolto alla sofferenza mentale, proponendo la particolarità della route – terapie ovvero la “terapia della strada / del cammino” a più dei 50 dei propri ospiti in un setting salubre e proficuo che ha toccato il territorio di 12 province. I risultati particolarmente lusinghieri e il continuo approfondimento delle tematiche proposte, le continue interazioni con altre esperienze analoghe, la presenza di uno staff preparato e competente, hanno indotto la cooperativa a proporre anche all'esterno l'esperienza gruppale sui sentieri, ritenendola estremamente proficua e deistituzionalizzante. In una sintesi si può affermare che gli obiettivi dell'esperienza si rivolgono al recupero della **curiosità** nei confronti dell'incontro con l'altro, al ripristino di consuetudine ed abilità di fronte all'**imprevisto**, alla valorizzazione della **fatica** quale volano di autostima, alla accettazione della difficoltà personale come risorsa per la consapevolezza del proprio **limite** e lo sviluppo di **relazioni mutualistiche**.

La montagnaterapia è gestita da un'equipe formata da un psicologo, da un educatore e dal responsabile del progetto. La riunione fra queste diverse professionalità viene chiamata “Laboratorio permanente di montagnaterapia” e viene convocata in base alle necessità. La presenza di varie professionalità permette di vedere l'attività sotto punti di vista diversi, di poter cogliere differenti criticità e di riuscire a gestire varie situazioni.

Il gruppo operativo di montagnaterapia è formato da circa quindici pazienti e da due operatori coadiuvati qualche volta da tirocinanti e volontari. I pazienti provengono dalle diverse comunità e appartamenti della cooperativa e sono affetti dai più svariati disturbi: disturbi di personalità, personalità borderline, depressione maggiore, schizofrenia, personalità paranoica.

Le attività maggiormente svolte sono l'escursionismo, lo sci di fondo e le passeggiate con le ciaspole tutto a cadenza settimanale. Il martedì è il giorno dedicato alla terapia con la montagna.

Come precisato nel precedente capitolo i pazienti che vi partecipano sono volontari e sono stati autorizzati dall'equipe che li segue. Ognuno si è procurato il materiale tecnico indispensabile, zaino e scarponi soprattutto.

Le escursioni che vengono svolte prevedono un dislivello intorno ai 500 metri, un

terreno variabile ma sempre sicuro, sentieri e mulattiere principalmente, per una durata di cinque ore al massimo (pause comprese). Possono essere svolte in montagna, o anche in zone pedemontane e litorali nei periodi più freddi.

L'uscita prevede l'assenza dalla residenza quotidiana per tutto il giorno, dalle ore 9.00 alle ore 19.00.

Solitamente la partecipazione è costante e continua, senza bisogno di esercitare sui pazienti alcun tipo di costrizione. L'entusiasmo che il gruppo manifesta per questo tipo di attività è sorprendente soprattutto perché si nota lo stesso entusiasmo anche in certe giornate uggiose di autunno.

Le assenze si registrano soprattutto o per riacutizzazioni della malattia, crisi temporanee, o per motivi di lavoro, per i pazienti che sono riusciti a trovare un collocamento.

4.2.1 ELEMENTI SUI QUALI PUNTA LA COOPERATIVA LIBRA

Dai conduttori delle escursioni che in questo caso coincidono con gli operatori della comunità viene adottato come approccio il linguaggio che viene usato con i bambini. Infatti uno degli scopi principali è quello di accendere la curiosità vista come motore che dà la spinta per andare avanti.

Lo scopo di questo gruppo non è quello di far diventare i pazienti degli appassionati di montagna. Probabilmente nessuno lo diventerà mai. Per questo non vengono prese in considerazione le grandi imprese, le tecniche difficili e impegnative dell'arrampicata e per questo la guida non deve essere solo in grado di tenere o tirare una corda o di fare cose estremamente tecniche.

La montagna racchiude in sé un linguaggio che le permette di trasmetterci una moltitudine di conoscenze. La storia che rappresenta, si pensi alle guerre, le malghe il bestiame che sono indice di culture, tradizioni e sistemi di vita. Il ruolo della guida quindi è anche quello di illustrare queste caratteristiche ai pazienti non tanto a scopo didattico, ma per traslare il protagonismo dai soggetti della storia passata o presente ai pazienti. Dopo un'escursione alle trincee, gallerie e costruzioni belliche del Monte Pasubio i protagonisti del luogo non saranno più i soldati ma loro, i pazienti, che testimonieranno questa loro presenza e storia attraverso il racconto attivo, il diario e le foto. In questa attività per i pazienti i ruoli di comparse e di recipienti passivi

vengono completamente perduti.

Anche Aldo Lombardo (28) ci ricorda che il terapeuta è essenziale come colui che garantisce, che protegge, ma anche che stimola e incoraggia, che trasforma la paura del nuovo e della diversità in desiderio.

Per far sì che i pazienti risultino i veri protagonisti dell'attività è utile inoltre prefiggersi degli obiettivi raggiungibili. Da qui deriva la scelta di praticare solo l'escursionismo e di evitare attività come l'arrampicata. Nel primo caso infatti, dopo un lungo lavoro iniziato anni fa, i pazienti hanno acquisito un buon livello di autonomia e tutto quello che viene raggiunto è grazie alle loro capacità fisiche, cognitive, sociali, relazionali ecc... Nel secondo caso si rischia di dover creare un ambiente troppo medicalizzato dove la necessità di intervento e di aiuto aumentano notevolmente e dove il merito del raggiungimento del traguardo rischia di dover essere attribuito in gran parte ai conduttori. Inoltre un contesto troppo medicalizzato non favorisce la nascita di un gruppo di mutuo aiuto. In questa cooperativa, con un rapporto di 2 operatori per 15 pazienti le escursioni più difficili riescono grazie al gruppo solidale che si è creato.

E' importante ricorrere a oggetti concreti per presentare le vicende che si svolgono (27). Nel caso della montagna questi oggetti potrebbero essere rappresentati dal rifugio, dal libro presente sulle cime dove incidere le emozioni e le proprie testimonianze, dalla croce, oppure dagli oggetti raccolti dai partecipanti trovati sul percorso. Questi oggetti messi in una scatola e osservati a distanza di tempo possono diventare un buon metodo per stimolare il ricordo alla stregua del diario e delle foto e per attivare il processo di personificazione perché come afferma A. Correale (36) l'emozione interna che si esteriorizza non ha tanto bisogno di un nome ma di una figura, un'immagine, un oggetto che incorpori quell'emozione senza irrigidirla.

Tutto ciò che sta intorno al racconto è una prova di vero protagonismo.

Le storie dei pazienti sono quelle di una vita mal vissuta da dimenticare, storie negate da raccontare solo ai terapeuti.

Come dicevo prima grazie a queste esperienze i pazienti sentono il desiderio di raccontare delle storie o dei frammenti di esse. L'entusiasmo che dimostrano di provare nello scambiarsi esperienze con altre persone fa pensare che queste ultime vengano percepite da loro come un dono prezioso.

Aiutare i pazienti a esprimere in parole le loro emozioni vuol dire anche offrire una possibilità di condivisione con un altro e di costruzione di una propria storia personale, che diventa possibile pensarsi e raccontarsi in modo da sentirsi esistenti nel mondo psichico, dotati di un'esistenza simbolica, che per gli esseri umani è l'unica che vale (35).

A questo scopo vengono anche organizzate delle riunioni evocative dove vengono riviste insieme le foto, i filmati, letti alcuni passi del diario. Ritenendo che queste persone sperimentino già tanta segregazione questi incontri non vengono svolti a discapito delle uscite ma a cadenza bimestrale o addirittura trimestrale.

Grazie al racconto non sono solo gli operatori delle escursioni che danno un feedback al resto dell'equipe ma i pazienti stessi.

Altro elemento su cui punta libra è la gruppalità.

Dalla letteratura (36) emerge che l'esperienza clinica mostra con notevole persistenza e continuità, che il senso di sé del paziente trae un importante senso di rinforzo dell'inserimento in un gruppo.

Il gruppo è, innanzitutto, un potente organizzatore delle coordinate spazio-temporali dell'individuo. Il sentimento che molto rapidamente si attiva nel gruppo è infatti quello dell'appartenenza. Il gruppo diventa il mio gruppo, il luogo dove la mia identità si sviluppa e si manifesta, il futuro del gruppo diventa il mio futuro, lo spazio del gruppo diventa il luogo, o l'insieme dei luoghi, dove esperienze emotive significative si sono svolte. Non solo, ma il luogo del gruppo diventa il luogo della memoria, il luogo cioè ove la storia del gruppo e dell'individuo fanno corpo e ove, lentamente ma significativamente, si sedimentano.

4.3 ESCURSIONI ED EPISODI NELLA MIA ESPERIENZA

Ho partecipato al progetto durante la scorsa estate per un totale di 7 uscite più una partecipazione ad una riunione di laboratorio permanente e ad una riunione di macrozona.

Queste escursioni si sono svolte nel trentino Alto Adige, in Lessinia e nel Vicentino. Le escursioni cariche di notevoli spunti sono state quelle svolte in Lessinia e organizzate da me: una sul Corno d'Aquilio e una lungo il Progno di Breonio con arrivo nel paese di Molina e visita al parco delle cascate.

La prima prevedeva 500 metri di dislivello, sei ore di escursione, fondo del sentiero con roccette e pendenza medio alta e l'arrivo su una vetta.

L'arrivo sulla vetta è stato sofferto per alcuni ragazzi, il fiato si era fatto pesante, le gambe erano indolenzite. All'arrivo sulla cima, alla croce tutta la fatica se ne è andata per dare spazio alla contemplazione del meraviglioso spettacolo. Francesco, una personalità paranoica, ha una paura incredibile del vuoto e come si era previsto non si avvicina alla cima. Incoraggiato dalla guida riesce a fare un passo in avanti e poi si siede. Dopo cinque minuti si alza e fa un altro passo in avanti e così via fino ad arrivare quasi dove sono arrivati gli altri dicendo che probabilmente era riuscito a rompere il ghiaccio e che sarebbe andato avanti ancora un po'. Per la guida che lo vede da anni sia in comunità sia in escursione è stato un enorme passo avanti e io credo che anche Francesco l'abbia pensata così. Sul sentiero del ritorno, guardando la vetta dal basso Francesco manifesta la sua incredulità nell'aver raggiunto quel punto (leggermente) esposto.

La soddisfazione per la meta raggiunta e per la fatica fatta è stata grande per tutti e lo si è notato dalle frasi di ognuno e dalla continua ricerca di conferme riguardo al dislivello, alle ore, ai chilometri percorsi.

L'escursione lungo il Progno di Breonio e la visita al parco delle cascate di Molina è stata altrettanto entusiasmante. Il percorso prevedeva 350 metri di dislivello, su terreno difficile, con roccette a volte scivolose, ponticelli di legno da attraversare, passaggi stretti sospesi sopra il Progno e quattro ore di percorrenza. Il paesaggio era molto suggestivo, immerso nel bosco con il Progno ricco di pesci e che fluiva nella roccia scavata da millenni.

Durante questo percorso gli ostacoli, gli imprevisti, le difficoltà, lo sconforto non sono mancati. L'ultimo tratto aveva una notevole pendenza. Alcuni pazienti hanno trovato serie difficoltà nell'affrontare questo percorso, ciascuno ha dovuto ingegnarsi per trovare delle soluzioni adeguate e ognuno è riuscito a superare gli ostacoli usando tecniche personali. Antonio che ha un problema nel mantenere il baricentro ha dovuto ricorrere all'uso delle mani e ricercare passaggi che fossero più favorevoli per lui.

Alla fine del percorso Roberto incontrando altre persone che scendevano chiese loro se avessero fatto la stessa strada che avevamo fatto noi.

Questa domanda può benissimo essere intesa come l'esigenza di una conferma di aver fatto la stessa fatica che hanno fatto altre persone “normali”, di aver fatto una cosa vera, reale e non da comunità, costruita.

Nel parco delle cascate ho visto un sasso in mezzo al pozzo creato dalla cascata e attraverso un passagginio mi ci sono posizionata sopra per una foto. In mezzo minuto tutti i ragazzi che potevano starci sono saliti sul sasso, tutti in posa per la foto. Nessuno aveva chiesto loro di farlo. È stata una chiara manifestazione di desiderio di condivisione e quindi di appartenenza.

Sempre in questa escursione Francesco nella presa di coscienza che doveva affrontare una scala sospesa nel vuoto si è bloccato. Io mi sono fermata dietro a lui aspettando che facesse o dicesse qualcosa. Dopo un po' di esitazione si è girato, ha visto che ero lì e mi ha chiesto se gli sarei stata vicino e che in quel caso sarebbe andato avanti. La guida che lo conosce molto bene mi riferisce in seguito che se fossi stata io a offrirgli il mio aiuto e non lui a chiedermelo l'avrebbe vissuta come un'invasione. In questo modo si offre il nostro appoggio al paziente lasciandogli una certa autonomia, non dimostrandoci invadenti.

Il giorno dopo Chiara ha scritto sul diario dei ragazzi due pagine dedicate a quell'escursione che hanno lasciato trapelare grandi emozioni e senso di soddisfazione.

Alla mia prima partecipazione, durante le presentazioni Chiara mi chiede in che comunità fossi inserita. Questa è una chiara conferma del fatto che i malati mentali sono abituati ad essere circondati e ad avere rapporti solo con persone che fanno parte della realtà psichiatrica.

Durante un'altra escursione alla quale non ho partecipato è stato fatto un altro grande passo avanti da parte di un ragazzo. Michele non riusciva ad inserirsi nel gruppo, lo percepiva come una minaccia e durante un'escursione questo si nota dal fatto che la persona rimane sempre lontana dalla “pancia” del gruppo, in fondo, staccata. Un giorno a causa di questo suo comportamento si è perso e le ricerche sono continuate anche dopo il tramonto quindi al buio. Quando la guida lo ha ritrovato e riportato al gruppo i ragazzi lo hanno accolto festosamente esprimendo gioia ed apprensione per lui. Da quel momento Michele ha smesso di percepire il gruppo come minaccia e ha iniziato a stare nella “pancia” del gruppo in modo attivo.

Riguardo la sfera delle relazioni sociali per il giorno dedicato ad un'escursione sull'altopiano di Asiago è stato programmato un incontro con lo scrittore Mario Rigoni Stern. I ragazzi lo avevano visto ad un convegno sulla montagnaterapia al quale avevano partecipato e lo scopo principale dell'incontro era la consegna di un ritratto dello scrittore eseguito da un paziente. L'incontro, durato circa mezz'ora, è stato gestito completamente dai ragazzi senza necessità di interventi da parte degli operatori. Le presentazioni, gli scambi di esperienze e storie, tra le due parti, la presentazione del diario, la consegna del quadro, la richiesta di una dedica, il desiderio di scattare una foto, i saluti finali sono state azioni avvenute con estrema spontaneità senza nessun intoppo. Qui i veri protagonisti della scena sono stati i pazienti.

4.4 UNO STRUMENTO TERAPEUTICO: IL DIARIO

Ai pazienti viene affidata la stesura di un diario che circola fra di loro e che appunta senza nessun filtro il loro percorso. L'adozione di questo strumento è stata frutto di una riunione del laboratorio permanente. È un buon metodo per dare loro un'ulteriore possibilità di espressione, di ricordo e racconto. Rappresenta una testimonianza del loro protagonismo che periodicamente i pazienti cercano; sfogliano le pagine del diario e quando trovano il loro scritto con orgoglio affermano: “questo l'ho scritto io” avendo finalmente il piacere e il desiderio di rievocare un'esperienza degna di essere ricordata.

Inoltre è una fonte molto importante per noi, che ci permette di cogliere maggiormente le emozioni e i pensieri dei pazienti che altrimenti farebbero fatica ad essere esternati o ci potrebbero sfuggire.

4.5 UNO STRUMENTO DI VALUTAZIONE: IL QUESTIONARIO

L'anno scorso è stato progettato dall'equipe un questionario somministrato a 20 pazienti.

Le opzioni di scelta ai quesiti erano: mai, quasi mai, qualche volta, spesso, sempre.

Da una sommaria analisi emerge che i pazienti si sentono bene e non in ansia al pensiero di dover affrontare un'escursione. Durante un'uscita, si sentono sempre integrati nel gruppo, sperimentano sempre il sentimento dell'amicizia, non si sentono

mai soli e qualche volta frequentano i compagni anche dopo la gita. Qualche volta si trovano nella condizione di dover aiutare gli altri. Provano sempre soddisfazione della propria forza e un aumento della sicurezza e della fiducia in sé stessi.

Qualche volta hanno paura di non farcela ma non hanno mai avuto il pensiero di interrompere. Affermano che l'escursione distoglie sempre dai pensieri negativi e di provare sempre emozioni positive. Il rapporto operatore – paziente viene percepito da loro, spesso o sempre più semplice. Riferiscono di non avere difficoltà nel stare fuori casa tutto il giorno e di raccontare sempre ad altri dell'escursione. Detto semplicemente da loro montagna fa star meglio.

Dal punto di vista fisico riferiscono di sentire qualche volta il respiro affannoso ma di non avere mai tachicardia. Qualche volta o sempre si sentono di avere movimenti agili e sciolti; qualche volta o mai si sentono affaticati e indolenziti soffrendo qualche volta di dolori dopo la gita. Non soffrono quasi mai il freddo e qualche volta il caldo.

Capitolo 5

ANALISI CRITICA

Da ciò che emerge dalla letteratura, si può affermare che il problema principale dei malati psichiatrici è il reinserimento nella comunità.

La montagnaterapia si colloca in questo contesto avendo come obiettivi ultimi la deistituzionalizzazione, la preparazione del paziente alla separazione dalle istituzioni e di conseguenza il reinserimento nella comunità.

Il modo per raggiungere questi obiettivi è la cooperazione tra gli operatori sanitari e i pazienti nella ricerca, durante lo svolgimento dell'attività, di strumenti, strategie ed esperienze che i malati possono utilizzare poi nella vita di tutti i giorni.

Per facilitare l'inserimento di queste persone nella società è fondamentale il supporto di tutti i cittadini. La montagnaterapia vuole agire anche in questo senso contribuendo, per la sua natura di attività fuori porta, alla lotta allo stigma.

Benedetto Saraceno (37) dice: “la riabilitazione non è la sostituzione delle disabilità con delle abilità, ma un insieme di strategie orientate ad aumentare le opportunità di scambio di risorse e di affetti: solo all'interno di tale dinamica degli scambi si crea un effetto abilitante.”

La montagnaterapia consente questi scambi perché invece di continuare a “mettere dentro” al paziente (abilità, conoscenze) permette di “tirare fuori” e quindi di scambiare parole, emozioni, affetti ed esperienze.

Il setting montagna sembra avere tutte le caratteristiche dello spazio curativo e reintegrativo del sé descritto nel primo capitolo ovvero è: stimolante, dà la possibilità di espressione, di crescita, di utilizzazione della creatività, della fantasia.

L'ambiente montano e il modo in cui si svolgono le attività ad esso connesse permettono il verificarsi di una situazione descritta in letteratura (38) grazie all'abbattimento delle gerarchie durante la quale si vive la sensazione di essere con altri in uno spazio e in un tempo benevolenti, aperti, uno spazio e un tempo in cui è data e preservata la possibilità del pensiero, e certamente non si vive la differenza, la malattia, la definizione soprattutto di malattia e di esclusione.

Ai pazienti la condivisione delle stesse esperienze, delle stesse emozioni con gli operatori sembra un fatto incredibile e questo ci viene ricordato da un esempio

trovato in letteratura (27) che ci racconta dell'insistenza di una settimana fatta nei confronti di un paziente prima di riuscire ad uscire con lui per una passeggiata e la sosta ad un bar e del fatto che il paziente non riusciva a rendersi conto di come un medico e un infermiere potessero andare fuori con lui e con altri degenti, parlare insieme, stare seduti allo stesso tavolo.

Attraverso la montagnaterapia i pazienti imparano a considerare questi fatti possibili e normali.

Questo progetto può portare un importante contributo nella valutazione di programmi tenuti all'interno delle strutture.

Il problema dello skills training e del role playng, infatti, sono quelli di: valutare se ciò che i pazienti apprendono nelle strutture lo applicano e come lo applicano al di fuori del contesto di addestramento; di poter avere un confronto rispetto ai comportamenti tenuti dalle persone sane; avere strumenti di valutazione. L'attività outdoor permette sia di imparare direttamente nell'ambiente naturale sia di mettere in pratica quanto appreso negli ambienti protetti e artificiali della realtà della salute mentale.

Ecco quindi che gli operatori sanitari possono rendersi conto, in questo contesto, del comportamento tenuto dai pazienti all'interno della società e possono dare un feedback al resto dell'equipe riguardo: la persona e il suo funzionamento nella società; le criticità dello skills training (o altro); il comportamento della società nei confronti dei pazienti.

I pazienti, inoltre, possono rendersi conto del comportamento tenuto dalle persone sane in determinate situazioni o comunque può essere fatto notare loro dagli operatori.

Nella montagnaterapia mancano ancora gli strumenti di valutazione ma un elemento importante è già disponibile: il contesto di valutazione che è quello della società reale.

Sono state elaborate delle griglie di valutazione che prendevano in considerazione le caratteristiche di ogni escursione e dei comportamenti, emozioni ecc... tenuti dal singolo paziente. L'ostacolo è stata l'impossibilità di compilare le griglie durante l'attività e la necessità della loro compilazione a posteriori e di conseguenza la perdita di molte informazioni significative.

Per riuscire a svolgere l'attività con un metodo si deve per prima cosa conoscere che tipo di stimoli e supporto necessitano i pazienti psichiatrici e, per secondo quali strumenti il setting montagna e le attività che vengono svolte in esso ci offrono.

Solo dopo aver fatto questa analisi l'equipe può stabilire quali sono gli elementi sui quali la guida, durante l'escursione, deve puntare per raggiungere un buon livello di efficacia e quali sono le competenze necessarie per svolgere questa attività. Naturalmente questa analisi deve estendersi anche agli effetti che questa attività ha sui pazienti in modo da progettare l'assistenza nel pre e nel post escursione.

L'infermiere, per sua formazione, coniuga il pensare al fare e questo orientamento di base è sicuramente utile in iniziative come queste nelle quali la relazione tra pazienti e operatori si realizza proprio sul terreno di fare assieme qualcosa.

L'infermiere, per l'essenza del suo lavoro, entra in contatto con tutte le dimensioni dell'uomo: quella fisica, psichica, sociale e spirituale. La sua costante presenza durante le 24 ore accanto al paziente, la relazione che accompagna il prendersi cura in toto della persona e le manovre invasive che attua lo fanno entrare in contatto anche con le dimensioni più intime della persona che solitamente vengono considerate inviolabili.

L'infermiere grazie a queste attività che svolge con il contatto fisico, visivo, con la comunicazione verbale e non riesce a conquistare la fiducia e la confidenza del malato e fa sì che rappresenti la prima persona alla quale il paziente si rivolge per il soddisfacimento dei suoi bisogni.

L'infermiere è quella figura che può dare un maggior numero di informazioni all'equipe riguardo le vicissitudini del paziente. Grazie alla sua costante assistenza e alle consegne è la prima fonte di informazione alla quale le altre figure professionali si rivolgono. L'infermiere sa come il paziente ha passato la notte, come si è sentito psicologicamente e fisicamente negli ultimi giorni, (anche attraverso l'interpretazione dei comportamenti tenuti dal paziente) , se si è alimentato adeguatamente, se ha avuto cambiamenti nella terapia farmacologica ecc... Per questo è l'infermiere che può analizzare la situazione generale e considerare insieme al paziente se quel giorno può o meno andare in escursione, se il percorso può essere adattato e il tipo di assistenza necessaria.

L'infermiere esperto in area psichiatrica è abituato a sperimentare nei luoghi di

accoglienza delle acuzie e delle emergenze delle crisi che potrebbero (non è mai successo) insorgere anche durante queste attività.

Considerando le patologie concomitanti, quelle psicosomatiche e somatopsichiche risulta evidente l'importanza della presenza di una figura professionale che abbia competenze riguardo la gestione di malattie organiche e quindi abilità tecniche, educative e relazionali e che sia quindi in grado di gestire la totalità della persona di modo che i portatori di queste patologie possano accedere alla montagna e viverla senza problemi.

In questo modo l'infermiere si pone come garante della sicurezza e fiduciario per il paziente.

Il fatto di dover preparare per l'uscita e di dover gestire durante l'escursione un paziente con un presidio come il c.v. rischia di non farlo partecipare all'attività per un certo periodo di tempo e di aumentare ulteriormente il suo senso di inadeguatezza. L'infermiere, conoscendo molto bene tutto ciò che riguarda il c.v., potrebbe far sì che questo non avvenga.

La presenza dell'infermiere che fa da mediatore tra le reazioni fisiologiche del corpo e il paziente stesso li aiuta ad accettarle e a non subirne la vessazione.

Per questo, e per gli altri fattori che ho elencato nel precedente capitolo, a mio parere l'infermiere è l'accompagnatore, non unico, ma ideale per questa attività fuori porta.

CONCLUSIONI

Dalla revisione della letteratura è emerso che i disturbi mentali affliggono ogni anno molte persone nel mondo.

A causa dei deficit che queste malattie lasciano le persone presentano un alto livello di dipendenza e necessitano del supporto di numerosi servizi rappresentando un notevole peso per la società.

Dalla letteratura è emerso che le persone con problemi di salute mentale hanno problemi cognitivi, relazionali, percettivi e difficoltà nel riconoscere il proprio corpo, non riescono a svolgere le normali attività di vita quotidiana, a mantenere un lavoro o un ruolo all'interno di una famiglia e hanno una bassissima capacità di adattamento.

Le esigenze principali di questi soggetti sono quindi quelle di riapprendere abilità sociali, di ripristinare il contatto con il proprio corpo e con la realtà, di riuscire a sostenere relazioni significative con gli altri, di riuscire ad adattarsi senza incorrere in crisi psicologiche e riacquisire il senso della vita.

Attraverso la revisione della letteratura della montagnaterapia è emerso che questa è un'attività coerente con i concetti teorici e con gli obiettivi della psichiatria riabilitativa e che quindi grazie alle sue caratteristiche e alle attività che in essa si possono svolgere riesce a soddisfare le esigenze dei malati mentali.

Dalle riviste internazionali è emerso che programmi di tipo avventuroso, eseguiti a scopo terapeutico, aumentano la salute mentale e agiscono positivamente su dimensioni come autostima, tolleranza verso gli altri e verso la fatica, relazioni sociali, collaborazione ecc.. in persone sane, con problemi di salute mentale o con malattie somatiche.

Dalla letteratura e dalla mia esperienza è emersa l'importanza della presenza dell'infermiere nella gestione e realizzazione di un progetto di montagnaterapia. Ho trovato diversi compiti che un infermiere deve essere in grado di espletare all'interno del progetto di montagnaterapia e le conoscenze che deve avere per poterlo intraprendere.

E' emerso inoltre che l'infermiere rappresenta il punto di riferimento e di collegamento con il paziente e le altre figure professionali.

Si deduce da questo lavoro che l'esperienza personale effettuata in un progetto

riabilitativo come quello della montagnaterapia è essenziale per poter coglierne determinati elementi e criticità.

BIBLIOGRAFIA

- 1) De Girolamo G, Alonso J, Vilagut G. The ESEMeD-WMH project: strengthening epidemiological research in Europe through the study of variation in prevalence estimates. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2006;15(3):167-172;
- 2) Tibaldi G, Glover G, Costa G, Petrelli A, Munizza C. Deprivazione sociale e salute mentale. Le esperienze di ricerca e di allocazione delle risorse sanitarie nel Regno Unito e la loro possibilità di traduzione nel contesto italiano. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2006;15(3);
- 3) Kuipers E, Bebbington P. Cognitive behaviour therapy for psychosis. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2006;15(4):267-263;
- 4) Amaddeo F, Tansella M. Editoriali Ambiente urbano e schizofrenia. Dall'associazione statistica alla relazione causale? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2006;15(4):239-241;
- 5) McGrath J, Scott J. Urban birth and risk of schizofrenia: a worrying example of epidemiology where the data are stonger than the hypotheses. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2006;15(4):243-246;
- 6) Danese A. A public health genetic approach for schizofrenia. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2006;15(3):185-191;
- 7) Tansella M. Recenti progressi nella depressione. Dove stiamo andando? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2006;15(1):1-3;
- 8) Martiello MA, Cipriani F, Voller F, Buiatti E, Giacchi M. Epidemiologia descrittiva del suicidio in Toscana, 1988-2002. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2006;15(3);

- 9) A cura di Lieberman Robert. P. La riabilitazione psichiatrica. Milano: Raffaello Cortina 1997;
- 10) Sassolas M. Interazione tra comunità terapeutiche. In: Ferruta A. La comunità terapeutica tra mito e realtà. Milano: Raffaello Cortina editori 1998, pp. 104-116;
- 11) Calvi G. Luoghi e ritmi del processo terapeutico comunitario. In: Ferruta A. La comunità terapeutica tra mito e realtà . Milano: Raffaello Cortina editori 1998, pp.331-339;
- 12) Folgheraiter F. Operatori sociali e lavoro di rete. Trento: Centro Studi Erikson 1990;
- 13) Drigo ML, Borzaga L, Mercurio A, Satta E. Clinica e nursing in psichiatria: spazio di incontro tra operatori e paziente. Milano: c.e. Ambrosiana 1993;
- 14) Razzini E, Stufflessler M. Introduzione. In: Ferruta A. La comunità terapeutica tra mito e realtà. Milano: Raffaello Cortina editori 1998, pp. 123-143;
- 15) Recamier P.C. Una comunità di cura psicoterapeutica. In: Ferruta A. La comunità terapeutica tra mito e realtà. Milano: Raffaello Cortina editori 1998, pp.90-103;
- 16) Pietropoli Charmet G. Riflessioni sull'esperienza delle Comunità Terapeutiche in Italia. In: Ferrata A. La comunità terapeutica tra mito e realtà. Milano: Raffaello Cortina editori 1998, pp.164-172;
- 17) Razzini E. La dimensione grupale nella Comunità terapeutica. In: Ferruta A. La comunità terapeutica tra mito e realtà . Milano: Raffaello Cortina 1998, pp. 195-216;
- 18) Agrimi E, Vigorelli M. Introduzione. In: Ferruta A. La comunità terapeutica tra mito e realtà Milano: Raffaello Cortina editori 1998, pp. 315-322;

- 19) Scoppola G. Dentro la montagnaterapia: storia, radici, strumenti. In: a cura di Carpineta S. Montagnaterapia e psichiatria, contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille” .Edizione provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute Trento 2006, pp. 28-40;
- 20) Salsa A. Mente e corpo: alla ricerca di un'unità possibile attraverso la montagnaterapia. In: a cura di Carpineta S. Montagnaterapia e psichiatria, contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille” .Edizione provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute Trento 2006, pp.15-22;
- 21) Zummo S. Centri diurni e Club Alpino Italiano: la nostra esperienza. In: a cura di Carpineta S. Montagnaterapia e psichiatria, contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille” .Edizione provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute Trento 2006, pp.77-78;
- 22) Di Benedetto P. Camminare tra cielo e terra – Psichiatria e movimento. In: a cura di Carpineta S. Montagnaterapia e psichiatria, contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille” .Edizione provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute Trento 2006, pp. 46-53;
- 23) A cura di Carpineta S. Montagnaterapia e psichiatria, contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille” .Edizione provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute Trento 2006;
- 24) Ermini D. Pedagogia dell'esperienza in ambito montano. In: a cura di Carpineta S. Montagnaterapia e psichiatria, contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille” .Edizione provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute Trento 2006. pp. 40-45;
- 25) Mainardi A, Agrimi E. Le attività nella comunità terapeutica. In: Ferruta A. La comunità terapeutica tra mito e realtà. Milano: Raffaello Cortina editori 1998, pp.

340-350;

26) Gruppo sopraimille. Montagna e disagio psichico: una possibile integrazione. In: a cura di Carpineta S. Montagnaterapia e psichiatria, contributi teorici al corso di formazione "Sopraimille" .Edizione provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute Trento 2006, pp. 22-28;

27) Mezzina R, Colucci M, Dell'acqua G. La comunità possibile. In: Ferruta A. La comunità terapeutica tra mito e realtà. Milano: Raffaello Cortina editori 1998, pp. 144-163;

28) Lombardo A. I compiti dell'operatore in una comunità terapeutica. In: Ferruta A. La comunità terapeutica tra mito e realtà. Milano: Raffaello Cortina editori 1998, pp. 460-468;

29) Bolognani A, Floriani M, Tacchelli D. L'uomo, i sensi, l'ambiente: la relazione con il "circostante" mutuata dai cinque sensi . In:a cura di Carpineta S. Montagnaterapia e psichiatria, contributi teorici al corso di formazione "Sopraimille" .Edizione provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute Trento 2006, pp. 64-69;

30) Fanchin S. Montagnaterapia in Cooperativa Libra. In: a cura di Carpineta S. Montagnaterapia e psichiatria, contributi teorici al corso di formazione "Sopraimille" .Edizione provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute Trento 2006, pp. 73-77;

31) <http://www.outwardbound.com>
accesso 28 Agosto 2007;

32) Massey P., Rose S. Adventurous outdoor activities: a review and a description of a new service delivery package for clients with learning difficulties who have behaviours which challenge services or society. J Adv Nurs 1992; 17: 1415-1421;

- 33) Kessel M., Resnick M. D., Blum R. Wm. Adventure, Etc.. - a health – promotion program for chronically ill and disabled youth J Adolescent health care 1985 6:433-438;
- 34) Negrisolo A. Infermieristica generale e clinica di base McGraw-Hill 2001;
- 35) Ferruta A. Lavoro terapeutico l'infermiere in psichiatria Franco Angeli editori 2007;
- 36) Correale A. Introduzione. In: Ferruta A. La comunità terapeutica tra mito e realtà. Milano: Raffaello Cortina editori 1998, pp. 189-194;
- 37) Lanfranchi F. Dipartimento di Salute Mentale e Club Alpino Italiano: un'esperienza di collaborazione. In: a cura di Carpineta S. Montagnaterapia e psichiatria, contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille” .Edizione provincia autonoma di Trento assessorato alle politiche per la salute Trento 2006, pp. 71-73;
- 38) Taccani S. Il lavoro di Racamier a “La Velotte”: introduzione. In: Ferrata A. La comunità terapeutica tra mito e realtà . Milano: Raffaello Cortina editori 1998, pp 85-89.