

Documenti per la Salute 25

Montagnaterapia e psichiatria

**Contributi teorici
al Corso di formazione “Sopraimille”**

**Riva del Garda, Rifugio Nino Pernici
9-11 settembre 2005**

A CURA DI SANDRO CARPINETA

EDIZIONI PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
ASSESSORATO ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Trento 2006

© copyright Giunta della Provincia Autonoma di Trento, 2006

Collana
Documenti per la Salute – 25

Assessorato alle Politiche per la Salute
Servizio Innovazione e formazione per la salute
Via Gilli, 4 – 38100 Trento
tel. 0461/494037, fax 0461/494073
e-mail: sif.salute@provincia.tn.it
www.trentinosalute.net

Montagnaterapia e psichiatria
Contributi teorici al Corso di formazione “Sopraimille”
Riva del Garda, Rifugio Nino Pernici, 9-11 settembre 2005
Organizzato da U.O. n. 5 di Psichiatria (APSS di Trento) e SAT – Sezione di Riva del Garda

A cura di: Sandro Carpineta

Coordinamento editoriale: Vittorio Curzel

Impaginazione: Mario Querin

Corso di formazione Sopraimille, 2., Riva del Garda, 2005

Montagnaterapia e psichiatria : contributi teorici al Corso di formazione “Sopraimille” : Riva del Garda, Rifugio Nino Pernici, 9-11 settembre 2005 / a cura di Sandro Carpineta – Trento : Provincia autonoma di Trento. Assessorato alle politiche per la salute, 2006. – 83 p. : ill. ; 24 cm. – (Documenti per la salute ; 25)

ISBN 88-7702-154-3

1. Minorati psichici – Attività sportiva – Zone montane – Congressi – Riva del Garda – 2005
2. Alpinismo – Impiego terapeutico – Congressi – Riva del Garda – 2005 I. Carpineta, Sandro II. Tit.

616.89144

Presentazione

Nell'iniziativa di "Sopraimille" si incontrano e si amalgamano in un comune progetto terapeutico esperienze maturate nel campo della sanità, nell'ambiente alpinistico e nel mondo del volontariato e della solidarietà sociale.

Le tre giornate del Corso di formazione, tenuto al Rifugio Nino Pernici della Sezione CAI-SAT di Riva del Garda nel settembre del 2005, sono state un'occasione preziosa per una verifica del cammino percorso e dei risultati raggiunti, e hanno rappresentato un momento di interazione fra realtà analoghe operanti in Trentino e sul territorio nazionale.

Questa pubblicazione, che ne è una articolata testimonianza, può costituire un utile strumento di formazione e di aggiornamento per quanti fra gli operatori sanitari, gli alpinisti e gli operatori del volontariato sociale, intendano impegnarsi in questo campo. Vi vengono espone le basi teoriche sottese alla montagnaterapia, le tecniche pratiche in essa impiegate, le testimonianze e le valutazioni dei protagonisti di questa pionieristica attività di cura, alla quale, per sua natura, il nostro territorio è particolarmente vocato.

*dott. Remo Andreolli
Assessore provinciale
alle Politiche per la Salute*

In occasione della pubblicazione degli atti del simposio “Sopraimille”, ospitato dalla SAT di Riva del Garda nell’autunno 2005, rinnovo l’attestazione per il valore dell’iniziativa, a nome dell’Amministrazione comunale di Riva del Garda.

La collaborazione di diversi soggetti istituzionali con il volontariato della SAT rivana ha reso possibile questo percorso di approfondimento e di sperimentazione, che unisce peculiari specialità scientifiche e professionali alla valorizzazione delle nostre montagne, in una logica di servizio alla persona.

Con la sua prestigiosa presenza, il presidente centrale del Club Alpino Italiano ha validato questo impegno della nostra sezione SAT, che del binomio ambiente- cultura sta facendo uno dei pilastri della sua azione.

“Sopraimille” è stata esperienza positiva per chi vi ha partecipato e gratificante per la nostra città. Auspico un proseguimento e un rafforzamento del percorso, assicurando il sostegno ulteriore dell’Amministrazione comunale di Riva del Garda.

Claudio Molinari
Sindaco di Riva del Garda

Dentro la ricca produzione editoriale della SAT, che riguarda sia l'Organizzazione Centrale sia la propria articolazione territoriale, la Sezione di Riva del Garda, che già edita puntualmente il ricchissimo Annuario, propone ora gli atti del 2° Corso di formazione "Sopraimille" tenuto al Rifugio Pernici dal 9 all'11 settembre 2005.

La felice intuizione di trasformare in momenti di riflessione un'esperienza nata, come nascono le cose belle e concrete, dalla generosità dei dirigenti e dei soci della Sezione è stata premiata dal successo nazionale che l'iniziativa ha riscosso.

Si consolida in questo modo la tradizione di solidarietà e responsabilità sociale che da sempre, e in modo più accentuato in questi anni, caratterizza il lavoro della Sezioni.

Pensare agli altri, siano essi nel Sud del mondo o vicini a noi, significa confermare, nel nostro Sodalizio, che gli ideali espressi dall'alpinismo si uniscono strettamente con valori civili e umani.

Rafforza inoltre il cammino intrapreso nel 2004 con il Convegno Nazionale del CAI, "Montagna fonte di solidarietà", tenuto a Trento e fortemente voluto dalla SAT, che a permesso di conoscere e far conoscere la mole d'attività solidale che il nostro mondo è capace di esprimere.

Di grande soddisfazione inoltre è il vedere la rapidità con cui gli Atti sono presentati; questo, da una parte consente che quanto discusso e approfondito sia disponibile in tempi non obsoleti e dall'altra è un'ulteriore esempio della tradizionale serietà con cui operano la SAT e le sue Sezioni.

Nel manifestare i ringraziamenti della SAT Centrale alla Sezione di Riva e a tutti coloro che hanno contribuito all'iniziativa, voglio porre l'accento come tutto questo, il Corso e, soprattutto, l'attività d'accompagnamento che ha visto promotrice la Sezione di Riva del Garda, siano nati, prima che da obblighi statutari, dal cervello e dal cuore.

Ci piace pertanto ricordare le parole con cui il Presidente Generale, Annibale Salsa (anche lui apprezzatissimo relatore al rifugio Pernici), concludeva il Convegno di Trento:

Quanto all'opportunità o meno di rendere, per così dire "obbligatoria" la solidarietà, imponendola quale regola fondamentale per il Sodalizio, di certo un simile richiamo nello Statuto varrà a riaffermare i valori di sempre, più sopra ricordati. Per contro, la regola scritta – soprattutto se con una forte valenza morale – trova piena efficacia solo se e quando i suoi destinatari la condividano totalmente. È questa la differenza (non solo giuridica) tra norma "vigente" e norma "efficace". Noi desideriamo che la solidarietà sia una norma efficace.

Franco Giacomoni
Presidente Centrale SAT

Ritengo molto importante questa iniziativa, volta allo scambio di esperienze e proposte per l'elaborazione di un progetto comune tra il mondo della montagna e quello della sanità, nel campo della solidarietà.

L'avventura della Sezione di Riva del Garda in questo campo, denominata "Progetto Sopraimille" nasce nel 2003 con l'abbinamento della montagna al disagio psichico: l'esperienza di questo "stare insieme" ci ha fatto ricredere di tutti i dubbi iniziali, spalancando orizzonti assolutamente inattesi.

Così, mentre il gruppo si univa e cresceva forgiato dalle escursioni e dalle avventure in grotta, dal freddo affrontato sulla neve con le racchette ai piedi, alla paura vinta in parete durante pomeriggi di arrampicata o magari da un piatto caldo in Rifugio, abbiamo cominciato a guardarci attorno, scoprendo la presenza di altre realtà che si muovevano su percorsi simili al nostro.

Il frutto dei contatti è stato il seminario esperienziale che si è tenuto nel Rifugio Nino Pernici nel settembre del 2004: tre giorni di confronto, discussioni, relazioni tecniche e scientifiche, sessioni all'aperto per scambiare impressioni da riportare nei vari gruppi di provenienza.

Nel 2005, con questo Corso di formazione, abbiamo fatto un altro passo avanti, avendo la fortuna di poter ascoltare persone che parlano la nostra lingua, che fanno convivere la scienza con la solidarietà, avendo la montagna nel cuore.

Ringrazio il Presidente Generale del CAI, Annibale Salsa, per la sua presenza e il suo contributo al lavoro del Convegno, il Presidente della SAT Franco Giacomoni e il suo Vice Roberto Calliari, l'Assessore alla salute della Provincia Autonoma di Trento Remo Andreolli, il Direttore dell'Unità Operativa di Psichiatria del Distretto Sanitario Alto Garda e Ledro" De Mattè, la Cassa Rurale Alto Garda, e infine Claudio Molinari, a capo dell'Amministrazione comunale rivana da sempre amica della SAT, da sempre sensibile sostenitrice del "Progetto Sopraimille" attraverso l'Assessorato alle Politiche sociali.

Excelsior.

*Marco Matteotti
Presidente Sezione SAT
di Riva del Garda*

Indice

11	<i>Prefazione</i>
15	<i>Cap. 1</i> <i>Relazioni</i>
15	1.1. Mente e corpo: alla ricerca di un'unità possibile attraverso la montagnaterapia (<i>Annibale Salsa</i>)
22	1.2. Montagna e disagio psichico: una possibile integrazione (<i>Gruppo Sopraimille</i>)
28	1.3. Dentro la montagnaterapia: storia, radici, strumenti (<i>Giulio Scoppola</i>)
40	1.4. Pedagogia dell'esperienza in ambito montano (<i>Dino Ermini</i>)
46	1.5. Camminare tra cielo e terra – Psichiatria e movimento (<i>Paolo Di Benedetto</i>)
55	<i>Cap. 2</i> <i>Schede tecniche</i>
55	2.1. Approcci e tecniche nell'affrontare le nostre uscite (<i>Paolo Calzà</i>)
58	2.2. “Appoggio/Appiglio/Respiro”, movimenti orizzontali e verticali; regolazione respiratoria ed emozionale (<i>Giulio Scoppola</i>)
61	2.3. Proposte di esercizi fisici (<i>Dino Ermini</i>)
64	2.4. L'uomo, i sensi, l'ambiente: la relazione con il “circostante” mutuata dai cinque sensi (<i>Antonietta Bolognani, Milena Floriani, Dorina Tacchelli</i>)
71	<i>Cap. 3</i> <i>I contributi degli “Amici di Sopraimille”</i>
71	3.1. DSM e CAI: un'esperienza di collaborazione (<i>Fiorella Lanfranchi</i>)
73	3.2. Montagnaterapia in Cooperativa Libra (<i>Stefano Fanchin</i>)
77	3.3. Centri Diurni e Club Alpino Italiano: la nostra esperienza (<i>Silvana Zummo</i>)
79	3.4. Bilatrekking 2005: Pale di San Martino, Trentino – Alto Adige (<i>Michele Sbrana</i>)

Prefazione

Ogni pubblicazione che si rispetti deve avere una prefazione, una sorta di introduzione, un qualcosa che possa stimolare e creare il clima giusto e la premessa per affrontare il tema trattato.

E una buona prefazione si caratterizza per la presenza di citazioni, aforismi e riferimenti che la rendano dotta e, perché no?, impressionino o addirittura riescano a sorprendere il lettore.

Ma il caso ha voluto che mentre preparavo queste poche righe (per “dare il via” alle cose importanti e di sicuro interesse che di seguito verranno presentate) mi tornasse per le mani un curioso libricino, molto di moda all’inizio degli anni novanta. Scritto da A. Bloch, il libro *La legge di Murphy* è tutt’altro che un dotto e scientifico saggio, e consiste in un insieme di finte regole, di affermazioni semi-demenziali, di pseudo-leggi, dove umorismo, *non-sense* e saggezza riescono a convivere, magari permettendo di vedere le cose serie con leggerezza ed ironia, ma non senza provocare alcune riflessioni.

Proviamo a leggerne alcune:

“Legge di Mayer: *È semplice rendere le cose complicate, ma è complicato renderle semplici*”.

“Regola di Michel per chi va in montagna: *La montagna diventa sempre più ripida man mano che ci si avvicina*”.

“Regola di Frothingham per gli alpinisti: *La montagna sembra più vicina di quello che è*”.

Sono state scritte per far sorridere, facendo leva sul sarcasmo e sui giochi di parole, ma sembrano proprio pensate per persone che hanno coltivato una passione e dei sogni, tanto da riuscire a usare la prima per dar forma ai secondi.

E Sopraimille, con gli incontri del 2004 e del 2005 al Rifugio Pernici, ha rappresentato la concretizzazione di un progetto che prima era sogno e forse, prima ancora, fantasia non percepita. E in tal senso credo che l’affermazione secondo la quale “*è semplice rendere le cose complicate, ma è complicato renderle semplici*”, delinea bene il processo seguito da chi ha voluto coniugare l’assoluta semplicità dell’ambiente-montagna con l’approccio, complesso, della riabilitazione in psichiatria; unire queste due dimensioni in un tutt’uno, tenendo sempre in debito conto gli aspetti metodologici e l’attendibilità e serietà di quanto veniva fatto.

E tutto questo seguendo un percorso (teorico) che “*diventa sempre più ripido man mano che ci si avvicinava*”, percorrendo una strada che fa “*sembrare la meta più vicina di quello che è*”.

E per i tre giorni di lavoro al Pernici i binomi hanno fatto la loro comparsa, sono cresciuti, si sono rincorsi: il corpo e la mente, la fatica e l’avvicinarsi-allontanarsi della meta, i mondi della sanità e dell’alpinismo, il semplice ed il complesso, la cura e il gioco... e chi sa quanti altri ancora.

Questi tre giorni di lavoro sono stati un continuo addentrarsi in dualità a volte apparentemente contraddittorie ed ambigue, ma sempre di assoluta ric-

chezza e spessore. E la principale è senz'altro quella rappresentata dal rapporto mente-corpo.

Proprio da questo binomio mente-corpo e dalla ricerca di una visione olistica dell'essere umano hanno preso il via i lavori, condotti da un relatore d'eccezione, il professor Annibale Salsa, qui presente in qualità di studioso, antropologo fenomenologo, docente universitario presso la Scuola di Specializzazione di Psichiatria dell'Università di Genova e (forse bisognerebbe dire: per noi soprattutto!) Presidente Generale del Club Alpino Italiano. Se l'attesa era tanta il risultato è stato addirittura superiore, e la densità della sua relazione (qui trascritta ed arricchita da una introduzione sul tema) è stata tale da lasciare assolutamente meravigliati i partecipanti. Oltre a rappresentare un corposo contributo teorico la relazione ha avuto un effetto trascinate per tutto il corso, e punto di riferimento per tutti i partecipanti.

Anche se dopo un tale inizio era difficile “tenere il passo”, altri hanno seguito. Il gruppo di operatori del Centro Salute Mentale di Arco e i Soci della Sezione SAT di Riva del Garda hanno presentato l'esperienza Sopraimille, ormai giunta al terzo anno di vita; un intervento mirato soprattutto al “racconto” della nascita e della concretizzazione di un progetto che ha sempre avuto una particolare attenzione per due aspetti: l'integrazione tra il mondo della sanità e di chi frequenta la montagna, e le modalità seguite per la costruzione di un progetto riabilitativo così particolare.

Giulio Scoppola, psicologo e Istruttore di Alpinismo del CAI, ha proposto poi un'attenta ricostruzione delle radici della montagnaterapia, con un viaggio nella storia e nella teoria di quella che tende ormai a qualificarsi come metodologia. E chi meglio di lui avrebbe potuto farlo, visto che anni fa proprio in una sua relazione congressuale apparve per la prima volta il termine di “montagnaterapia”?

Aspetti pedagogici ed esperienziali rappresentano il contenuto portante del contributo di Dino Ermini, esperto operatore di alcune strutture residenziali e semi-residenziali, all'interno delle quali ormai da tempo l'uso dell'ambiente montano è entrato a pieno nel novero delle strategie e dei progetti terapeutico-riabilitativi.

Con Paolo Di Benedetto, psichiatra, gli elementi della prassi (va in montagna una volta a settimana con i suoi pazienti!) trovano sviluppo in una ricerca dove la formazione psicoanalitica assume la forma di teoria coerente ed affascinante; propone un vero e proprio “viaggio” in cui il lettore si lascia volentieri (ed attivamente) trasportare.

Se queste erano le relazioni che hanno caratterizzato alcuni momenti del corso, altrettanto importanti sono stati i momenti “sul campo”; qui vengono riportati esercizi, consigli, riflessioni che, pur poggiandosi su capisaldi teorici, trovano nella prassi e nell'esperienza la loro vera ragione d'essere. In questo ennesimo viaggio siamo introdotti/condotti innanzitutto da Paolo Calzà, guida alpina e

grande amico di Sopraimille; al suo, seguono i contributi di Scoppola, di Ermini e degli operatori del CSM di Arco.

Queste, che abbiamo chiamato “Schede Tecniche”, vogliono rappresentare un insieme di proposte operative e pratiche che poggiano (lo vedrete scorrendole) su elementi teorici e concettuali interessanti, anche se volutamente semplici e solo apparentemente banali.

Ultimi, ma solo in ordine di presentazione, gli “Amici di Sopraimille”. Molti di loro sono comparsi sulla scena attraverso strani percorsi. Avevano sentito parlare di montagnaterapia e letto di noi su qualche rivista; ci hanno rintracciati su internet. Ma tutti facevano la stessa cosa: andavano in montagna con persone affette da disagio psichico. E allora Sopraimille è stato il momento dell’incontro, del “Voi, che fate?”, degli scambi di esperienze. E abbiamo promesso che un posto in questi scritti ci sarebbe stato anche per loro; pagine libere dove ci raccontano liberamente quello che fanno, ci narrano la loro esperienza, in alcuni casi pluriennale e ricca di proposte interessanti.

Tutto questo è stato Sopraimille, e lo continuerà ad essere.

Anche se, e soprattutto, perché *“la montagna diventa sempre più ripida man mano che ci si avvicina”* e *“sembra sempre più vicina di quello che è”*.

Sandro Carpineta



fig. 1. La relazione di Annibale Salsa, Presidente Generale del CAI, al Corso di formazione "Sopraimille".



fig. 2. I partecipanti al Corso di formazione "Sopraimille", davanti al Rifugio Nino Pernici (CAI - SAT, Sezione di Riva del Garda).

Relazioni

1.1. **Mente e corpo: alla ricerca di un'unità possibile attraverso la montagna-terapia**

ANNIBALE SALSA

Abstract

Il dibattito filosofico e scientifico sul problema della relazione mente-corpo (*Mind Body Problem*) è ancora materia di ampie riflessioni e di interessanti approfondimenti critici che chiamano in causa la *vexata quaestio* del dualismo e delle sue derive in senso organicista.

La prospettiva qui adottata fa riferimento alla lezione fenomenologica dell'agire intenzionale del "soggetto" (alpinista) posto di fronte a un "oggetto" particolare come la montagna.

La pesante ipoteca dualistica che grava ancora sulla cultura occidentale già dall'antichità classica (platonismo) ma che si è andata rinforzando attraverso il cartesianismo – padre di tutti i meccanicismi e tecnicismi – è responsabile di atteggiamenti unilaterali ed enfaticizzati i quali, assolutizzando rispettivamente la *res cogitans* (la mente) da un lato e la *res extensa* (il corpo) dall'altro, finiscono per consegnarci una rappresentazione riduttiva degli oggetti intenzionali (nel nostro caso, la montagna) e delle pratiche a essi collegate.

Le attività connesse alla frequentazione della montagna rispondono infatti a bisogni fondamentali legati al contatto con la natura in un mondo sempre più artificializzato e virtuale, ma anche alla ricerca di relazioni sociali (il *Mit-sein* della cordata alpinistica e del gruppo escursionistico) capaci di conferire senso (*Sinngebung*).

Già in questa doppia relazione dell'"aver cura" dell'ambiente naturale e del "prendersi cura" di se stessi e degli altri si esplica un'azione terapeutica capace di riportare in equilibrio la nostra precaria condizione esistenziale. Tanto più nella società contemporanea, che continua a proporre e imporre modelli di co-

lonizzazione culturale tecnocratica mutuati dal paradigma della velocità e della misurabilità a ogni costo.

La dittatura del “tempo tiranno” che si insinua surrettiziamente nella nostra quotidianità non ci consente di ritrovare noi stessi attraverso l’appropriazione consapevole della nostra “esperienza vissuta” (*Erlebniss*): quella cioè che incontriamo attraverso sensazioni, immagini, simboli.

Anche l’esperienza dell’incontro con la montagna soggiace agli imperativi del misurare e del classificare, dell’esaltazione di un corpo separato da coltivare secondo le regole “fisicalistiche” del *bodybuilding*. Per reazione a questo stato di cose, che riduce il corpo a oggetto da esibire nel lavoro di comparazione con altri corpi “reificati”, la montagna viene declinata secondo codici iper-spiritualistici che ne svuotano il vero significato sottoponendola a discutibili usi retorici.

Da un lato quindi un laboratorio per migliorare le prestazioni del “corpo oggetto” (il *Körper*), dall’altro un’entità disincarnata orientata verso esiti asceticomistici. La critica fenomenologica (husserliana) e antropoanalitica (binswangeriana) circa le conseguenze esiziali del dualismo mi pare quanto mai pertinente nel richiamare l’importanza di una ricomposizione olistica del “mentale” e del “corporeo” in funzione psico-terapeutica, attraverso il recupero della nozione di *Leib* (corpo vissuto).

Nella valorizzazione del *Leib* (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 possibilità di vivere una temporalità non cronometrica e una spazialità non geometrica (figlie del cartesianismo) trova nei territori di montagna le migliori occasioni di immedesimazione nel tempo e nello spazio della coscienza (mente), di riappacificazione con il proprio Io non più sedotto da proiezioni ipertrofiche o da sindromi persecutorie.

La frequentazione della montagna può anche produrre sensazioni ambivalenti sul piano psicologico, che si possono rappresentare attraverso costruzioni mitologiche come il mito di Atlante, evocato dal filosofo Gaston Bachelard, o come il mito di Icaro, caro a Samivel.

Nel primo caso possono generarsi vissuti di oppressione, nel secondo vissuti di esaltazione e di euforia. In quest’ultimo, Icaro sarebbe il vero archetipo della vocazione alpinistica e 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.

L’alta montagna come spazio ancora primordiale dove il confine tra necessità e libertà è quanto mai labile, ha rappresentato non a caso il terreno di

nascita dell'alpinismo, in un'epoca in cui l'espressione "alienazione urbana e industriale" incominciava ad acquistare significato e a giustificare la ricerca di zone franche.

Il "disagio della civiltà" può ritenersi, quindi, una delle molle fondamentali (accanto al nuovo *pathos* della conoscenza) che hanno spinto l'uomo europeo dell'Ottocento a cercare spazi e momenti di evasione in "luoghi" donatori di senso. "Se le montagne non esistessero, bisognerebbe inventarle", afferma con determinazione lo stesso Samivel, che non esita a vedere nell'alpinismo un'attività compensatrice, quindi una terapia. Esso opererebbe un sorta di transfert delle energie non impiegate su altri piani: impulsi sessuali, sentimentali, mistici. Ma contribuirebbe anche a costruire un rapporto totalmente nuovo con la morte che verrebbe vissuta, direbbe Martin Heidegger, come "la possibilità di tutte le possibilità", elemento costitutivo dell'esistenza autentica.

La dialettica tra l'uomo e la montagna apre quindi a una relazione di autenticità, senza mediazioni, secondo 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 *Umwelt* (mondo naturale), *Mitwelt* (mondo sociale, rapporti interpersonali), *Eigenwelt* (mondo personale, interiorità).

In tal senso, la logica della separazione tra sfere diverse viene superata e la montagna può realizzare anche sul piano psichico quell'esperienza dell'unità nella diversità che altre "visioni del mondo" alla moda hanno eluso o apertamente confutato. La via aperta dalla psichiatria fenomenologica attraverso la *Daseinanalyse* di Binswanger o le analisi del *temps vécu* di Minkowski possono rappresentare una traccia magistrale per ripensare la montagna come luogo deputato a un'efficace "ecologia della mente".

...

Pù di una volta, incontrando la Commissione Medica del CAI, mi è capitato di chiedermi se la medicina di montagna debba occuparsi soltanto di ortopedia, traumatologia, cardiologia, ecc. o non debba anche intercettare le problematiche connesse al disagio psichico e alle relative implicazioni psicologiche e psichiatriche.

Dove la mettiamo la componente psichica della sofferenza, che pur presenta forti ricadute fisico-organiche sul corpo? Nel corso degli anni si è dedicato poco spazio a questa dimensione così importante nell'esperienza vissuta della pratica alpinistica.

Mancano forse le competenze tra i soci? Penso proprio di no; le competenze ci sono, numerose e qualificate. Forse la ragione va ricercata in una cultura di fondo ancora molto incardinata su archetipi culturali diffusi che privilegiano la dimensione organica e separano il "corporeo" dal "mentale".

È da qui che voglio avviare la mia riflessione per capire fino a che punto la dimensione del corpo (inteso in senso riduttivamente biologistico e organicistico) debba essere correlata con la dimensione della psiche.

Relativamente alla fenomenologia del corpo e alle sue implicanze antropologiche e filosofiche, Umberto Galimberti (analista junghiano e filosofo) fa un'analisi che deriva dalla sua formazione psicanalitica e filosofica legata, quest'ultima, al modello fenomenologico. Un modello "meta-teorico" nel quale mi sono sempre riconosciuto in termini metodologici e interdisciplinari e su cui mi sono formato.

La presenza di tale indirizzo – che ha dato luogo a un particolare stile di pensiero o "atteggiamento fenomenologico" (*Phenomenologische Verhaltung*) – è stata rilevante soprattutto in Germania, Austria e Svizzera, ma anche in Francia e Belgio. In Italia, invece, questa scuola di orientamento teoretico e clinico non ha avuto grande diffusione né tra i filosofi né tra gli psichiatri.

Soprattutto nel campo della psichiatria, le scuole di indirizzo organicista e psicoanalitico hanno registrato una più capillare penetrazione nelle università e nei reparti ospedalieri.

Tra i pionieri dell'indirizzo fenomenologico (o daseinsanalitico, o antropoanalitico) in psichiatria, va ricordato *in primis* Danilo Cargnello, già primario all'Ospedale psichiatrico di Sondrio – a contatto, quindi, con pazienti di area alpina valtellinese dove si registrano i più alti tassi di suicidi giovanili.

Grande merito di Cargnello è stata l'introduzione in Italia del pensiero e dell'opera di Ludwig Binswanger, padre della *Daseinsanalyse*, o analitica esistenziale o antropoanalisi. Altri psichiatri italiani come Eugenio Borgna di Novara, Bruno Callieri di Roma, Ballerini di Firenze hanno riproposto la centralità del rapporto mente-corpo in un orizzonte anti-dualistico e sulla scorta di una reinterpretazione del corpo come "corpo vivente" (*Leib*), non separato dalla psiche ma dal "corpo oggetto" (*Körper*) e in palese controtendenza rispetto al modello cartesiano della cultura occidentale ormai in crisi (cfr. Husserl, *La crisi delle scienze europee*).

Dagli inizi del secolo scorso l'Occidente viene sempre più percepito come il luogo della decadenza e del tramonto della civiltà (Heidegger e Spengler): una deriva verso il nichilismo, che è la malattia mortale dell'Occidente stesso.

Credo che noi stiamo vivendo in una società ad alta complessità, con gravi problemi sociali, con le sfide del multi-culturalismo (che non è inter-culturalismo, ma giustapposizione o, spesso, contrapposizione tra "visioni del mondo" che non si incontrano e che spesso giustificano forme di etno-nazionalismo); un luogo della decadenza, dove vengono perduti i valori autentici, anche se proclamati con enfasi. Quando, infatti, si "predica" qualcosa in cui non si crede, quando si enfatizzano valori che si percepiscono già superati, si pratica una vacua esercitazione retorica.

È l'evidenza immediata delle cose che facciamo fatica a cogliere, anche nel

rapporto con la montagna, con l'altrove e con gli altri: un insieme di rapporti non scevri da pregiudizi e preconcetti.

Occorre un nuovo tipo di relazionalità, giocata sull'immediatezza del sentire empatico più che sul ragionare astratto. È il vero punto di partenza del discorso fenomenologico sulla montagnaterapia, che ha come punto di arrivo il recupero psichiatrico del paziente. L'esperienza della montagna deve essere tarata prima di tutto sul sentire, sull'evidenza immediata e poi, una volta che si esperisce questo tipo di vissuto pre-riflessivo, si passa al momento della riflessione e della razionalizzazione "categoriale".

Noi fenomenologi abbiamo sempre distinto il piano della pre-riflessività, cioè dell'immediatezza dell'esperienza vissuta (*Erlebnis*) dal piano della riflessività, cioè dal piano della formalizzazione predicativa e categoriale, il piano della concettualizzazione astratta.

Non si può partire dal concetto astratto per arrivare all'esperienza concreta: occorre viceversa muovere dall'esperienza pratica, materiale, dallo "apriori concreto" del "mondo-della-vita" (*Lebenswelt*), secondo il valido insegnamento di Husserl, padre del metodo fenomenologico.

Alla radice dell'eccessiva biologizzazione e medicalizzazione organicistica della psichiatria occidentale vi è l'errore di Cartesio, anche se, già con l'antico platonismo, troviamo l'origine in senso dualistico del sapere dell'Occidente nella separazione "ontologica" fra anima e corpo, tra due sostanze (*hypostasis*) "autosussistenti".

Riflettiamo sulle conseguenze che discendono da tali presupposti: conseguenze esperibili non soltanto nell'ambito delle problematiche psicologiche ma anche di quelle legate ai vissuti territoriali (come l'andar per monti) e traducibili nell'egemonia del modello quantitativo matematico-statistico e nelle sue variabili tecnocratiche e burocratiche

Il criterio quantitativo non può convivere paritariamente col criterio qualitativo. I due approcci non debbono necessariamente fare a pugni tra loro, ma collocarsi su piani diversi.

Con ciò non intendo esautorare gli strumenti quantitativi di misurazione (le statistiche, ad esempio) per lasciare spazio ai soli criteri qualitativi, cioè a indagini costruite sull'interpretazione dell'altro in termini di "comprensione ermeneutica".

Con l'evoluzione della scienza e della tecnica il criterio quantitativo può rappresentare un supporto, un aiuto; buona parte della letteratura psichiatrica americana ha un'impostazione di tipo classificatorio, tassonomico, statistico: basta ricordare i vari *Manuali diagnostico-statistici delle malattie nervose e mentali* (il *DSM III* e *IV*, fino al suo ultimo aggiornamennto *TR*); la "filosofia" che sta dietro la stesura del *DSM* è di tipo quantitativo (modello matematico-statistico) e descrittivo.

Ritornando alla “questione del dualismo”, centrale per la nostra riflessione, il mentale e il corporeo debbono essere sottoposti a un lavoro di deontologizzazione e di decostruzione, al fine di liberare il corpo e la mente dalle rigidità e restituirle alla loro plasticità bio-psico-culturale.

Quando, infatti, riusciamo a imboccare la strada del “corpo soggetto” la distinzione fisica tra il mentale e il corporeo cade inesorabilmente. Gli psichiatri vengono così liberati dalla pesante ipoteca del teorema di Griesinger secondo il quale “le malattie della mente sono malattie del cervello”.

Nel momento in cui la psichiatria entra in una prospettiva di tipo organicistico essa assume ineluttabilmente i paradigmi propri delle scienze naturali, rasentando forme di “schizofrenia scientifica”. Un orizzonte che non rende un buon servizio al sapere psichiatrico, sapere di confine e non di frontiera; la frontiera, infatti, è la contrapposizione tra spazi contigui.

E noi, conoscitori delle Alpi e delle montagne in generale, sappiamo bene quale è la vera differenza tra frontiera e confine: il confine produce osmosi, la frontiera produce frattura.

La psichiatria è certamente un sapere medico, ma del tutto particolare, un sapere i cui paradigmi attingono linfa dalle scienze umane e sociali. Indubbiamente ci sono state prese di posizione, come quelle dell’antipsichiatria, che hanno radicalizzato eccessivamente gli assunti fenomenologici, ma hanno anche contribuito allo svecchiamento della psichiatria stessa.

All’interno di tali riflessioni e puntualizzazioni epistemologiche quale può essere allora il riferimento alla montagnaterapia? Attraverso l’esperienza di montagna mente e “corpo soggetto” si integrano tra di loro per ricomporre l’unità dell’individuo e la sua soggettività.

Alla base della lacerazione dell’unità del soggetto c’è il vuoto di senso, la perdita dell’“intenzionalità” dell’agire. Le persone non trovano più appagamento nel fare le cose, non trovano più le motivazioni, non trovano più l’entusiasmo (quell’“andare dentro” in forma entropatica richiamato dall’etimologia greca). La perdita del senso crea spaccature all’interno delle cose, degli oggetti.

Se la montagna è una cosa, un oggetto – ma non soltanto un oggetto misurabile – noi lo rendiamo tale (misurabile) nel momento in cui lo decliniamo secondo parametri performativi, riduttivamente tecnicistici, esasperatamente agonistici.

Ad esempio, la corsa in montagna, sia detto senza nessun intento di demonizzazione, fa prevalere la preoccupazione quantitativa del calcolo su quella qualitativa del godimento estetico, in linea con l’attuale prassi “occidentalistica”, basata non più sulla visione d’insieme olisticamente intesa, ma sull’ipersegmentazione specialistica della “dittatura del dato misurabile”.

La montagna viene sottoposta pertanto a un processo di “oggettivazione sostitutiva”, dove il mezzo diventa il fine, il virtuale diventa reale, la parte si sostituisce al tutto (sindrome della montagna negata).

La mia proposta interpretativa sta quindi nel rovesciamento culturale di questa relazione perversa. La montagna è il fine, l'andare è il mezzo. Non è mia intenzione demonizzare un certo modo di andare in montagna, ma è necessario capire in quale contesto dobbiamo situare la frequentazione della montagna e che cosa ci aspettiamo dalla montagna stessa.

È chiaro che ogni tipo di approccio alla montagna ha un "suo" senso: non si può istituire una gerarchizzazione di significati e valori ma si deve riflettere sul modo di "rapportarsi a", su quello che i fenomenologi chiamiamo "relazione intenzionale".

La chiave di lettura più autentica dell'approccio fenomenologico all'oggetto risiede proprio in questa modalità della relazione vitale: se non c'è intenzionalità, non c'è "conferimento di senso", perché attraverso il rapporto intenzionale, cioè attraverso il rapporto che il soggetto istituisce con l'oggetto (nella fattispecie la montagna), noi uomini costruiamo la realtà.

Perciò la montagna ha un significato oggettivo (la natura), ma il senso glielo diamo noi uomini e dal modo con cui glielo diamo derivano soddisfazioni o frustrazioni, benessere o malessere. In difetto di questo tipo di operazione di disvelamento l'uomo europeo, l'uomo occidentale si rivolge a visioni del mondo "altre" al fine di compensare le perdite di una civiltà malata in cui ognuno diventa "straniero a se stesso" (Julia Kristeva).

Ecco perché l'ambiente della montagna può costituire un insuperabile "serbatoio di senso" e svolgere un'importante, fondamentale azione terapeutica nei confronti di soggetti umani "normodotati" ma, soprattutto, di pazienti nevrotici e psicotici.

La montagna è il luogo, o meglio l'"iper-luogo" che resiste, nonostante tutto, alla provocazione di una miriade di "non-luoghi".

È il luogo delle relazioni tra il mondo naturale e il mondo umano. In montagna si realizza il chiasma, l'intreccio tra natura e cultura, tra selvatichezza e domesticità. Basta leggere il paesaggio per vedere innesti di cultura alpina, contadina, rurale come gli alpeggi, le malghe, gli interventi sul bosco propri di una passata civiltà e ridotti oggi ad attività residuali.

Intreccio che cambia nel tempo, cambia nella complessità secondo una logica polimorfa. I nostri montanari, pur con fatiche inenarrabili, gestivano la temporalità e la spazialità – secondo cadenze sia regolari che discontinue – attraverso le feste rituali, grandi momenti di socialità e di "terapia della solidarietà": non il nostro tempo libero "eterodiretto", ma un tempo liberato attraverso una catarsi collettiva e comunitaria.

Sono questi i nodi problematici su cui dobbiamo riflettere e che ho voluto portare qui alla vostra attenzione. Dobbiamo fare in modo che i giovani possano riappropriarsi della forza terapeutica della montagna secondo una consapevole "visione dell'intero" in senso olistico. Dalla montagnaterapia mirata al recupero

ro dei pazienti psichiatrici possiamo passare così a una montagna terapia per tutti noi, contagiati – inconsapevolmente – da una pericolosa “patologia della normalità”.

1.2. Montagna e disagio psichico: una possibile integrazione

GRUPPO SOPRAIMILLE¹

Non sappiamo con certezza dove è nata l'avventura di Sopraimille. Da alcune discussioni, da una passione, dalla voglia di non fermarsi all'ovvio, al sapere scontato, alla routine. Quest'avventura è stata sperimentazione e entusiasmo, metodologia e impegno; in sostanza: un laboratorio attivo e partecipato di passioni.

Se proprio dobbiamo cercare un punto di partenza, lo possiamo forse individuare in una constatazione. L'uomo ha sempre visto il binomio montagna e medicina dal “versante” della malattia, quindi la montagna intesa come portatrice di patologia o causa di danni: l'ipossia in quota, l'edema, le sollecitazioni dell'apparato cardio-circolatorio e, più semplicemente, tutto l'ampio capitolo della patologia traumatologica e legata alle emergenze (in qualsiasi ambito queste si possano verificare).

Questa concezione, sicuramente molto “medica” del problema e per certi aspetti figlia della vetusta “lotta con l'Alpe”, poteva forse essere superata, addirittura rovesciata.

La montagna è anche ambito curativo e strumento di cura da sempre. Citiamo a tal riguardo l'esempio delle strutture ospedaliere deputate alla cura della tubercolosi, per lo più situate in bassa montagna (il pensiero corre ovviamente alla tradizione sanatoriale della vicina città di Arco).

Ma altri settori della medicina possono “utilizzare l'ambiente montagna”? E in particolare, le pratiche riabilitative del disagio psichico possono trovare risposte valide in questo ambito?

Da questa domanda è partita la nostra ricerca, e la riflessione ha portato a un primo abbozzo di progetto da parte di alcuni operatori del Centro di Salute Mentale di Arco che, nel 2003, hanno pensato di inserire nello specifico ambito della riabilitazione psichiatrica questo nuovo particolare scenario.

Per far questo è stato necessario tracciare alcune coordinate teoriche che dessero

¹ Al Gruppo Sopraimille partecipano:
per l'APSS di Trento: Antonietta Bolognani, Sandro Carpineta, Milena Floriani, Dorina Tacchelli;
per la Sezione SAT di Riva del Garda: Stefano Benini, Diego Bordin, Gianfranco Mayer, Marco Matteotti, Stefano Reversi, Rudi Simonetti, Roberto Villi.

senso e contenuto al progetto; riproporre un discorso organico sulla riabilitazione psichiatrica in questa sede sarebbe complesso e dispendioso, per cui riportiamo semplicemente alcuni estratti di testi noti e meno noti di autori quali G. Ba, M. Ferrara, G. Germano, G. Archi, M. Spivak e A. Correale.

Questi assunti hanno rappresentato il “tracciante” teorico che abbiamo seguito, la base per le nostre riflessioni.

Il concetto di riabilitazione è fondato sul presupposto che, nonostante il disagio psichico, la sofferenza e la disabilità indotte dalla malattia, il malato mentale possa riacquisire e sviluppare capacità perdute e recuperare quindi ruoli adeguati nel proprio ambito familiare e sociale che gli consentano di integrarsi, nel modo migliore possibile, nella vita di comunità. La riabilitazione non punta l'accento sulla patologia, ma su ciò che rimane di sano nell'individuo.

Per riabilitazione possiamo intendere, tutte le misure che consentono al malato di recuperare le capacità perdute, di sviluppare le sue potenzialità e di acquisire comportamenti socialmente condivisi che gli consentano di muoversi in modo adeguato ed efficace nel suo spazio sociale.

Uno degli aspetti più problematici della malattia mentale è costituito proprio dal fatto che il soggetto 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.

Se terapia significa intervenire sul mondo interno del paziente, ogni modificazione di esso si rifletterà sul suo comportamento e sul suo modo di interagire con la realtà esterna; allo stesso modo ogni intervento sul mondo esterno, attuato con finalità riabilitativa potrà produrre delle modificazioni del mondo interno del paziente.

Come a tutti è noto la malattia mentale comporta, vuoi come conseguenza vuoi come causa, un'alterazione della “vita di relazione”. Quindi 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.

Nella attuazione pratica degli interventi riabilitativi all'interno dell'attività di un Servizio di Salute Mentale l'operatività si esplica abitualmente nella dimensione gruppale. Il gruppo in genere si costituisce attorno a uno scopo manifesto, ad esempio una qualche attività, che ne consente la formazione iniziale e il progressivo consolidamento. 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 ed essere consolati nell'accettare l'idea che più di questo non possiamo fare, per lo meno oggi.

Il lavoro riabilitativo, secondo Correale, è una “esperienza vissuta”. Pensando alla riabilitazione come “luogo” dove è permesso alle persone di sperimentare “esperienze globali ripetute”. L'esperienza è diversa dal concetto di competenza perché implica una dimensione inconscia globale; questa esperienza porta a una diversa percezione del sé. Il punto importante diventa quindi lo spostamento di pensiero dalla Competenza al Senso di Sé.

Queste poche frasi appaiono sicuramente significative, anche se estrapolate e così “disunite” dal loro complesso e articolato contesto originario; ma in quanto tali le abbiamo “usate” sin dalle prime fasi di stesura del progetto, facendo assumere loro la forma di puntelli strutturali e punti di riferimento per quel che andava sviluppandosi.

Inoltre queste sintetiche (ma ricche) affermazioni hanno rappresentato una forma di linguaggio, un possibile terreno di incontro ove la comprensione tra operatori psichiatrici (“tecnici della mente”) e soci SAT (“tecnici della montagna”) diventava attuale e praticabile. Concetti apparentemente difficili diventavano utilizzabili, parole dal senso a volte “oscuro” sono diventate man mano patrimonio di tutti, anche di chi va in montagna e non lavora in un CSM.

Questo rimane il senso centrale e forte dell'esperienza, scegliere cioè di fare riabilitazione con un retroterra teorico coerente e con paradigmi forti, ma agiti volutamente in un contesto non istituzionale, frequentando persone e utilizzando uno “strumento” non usuale.

Per ottenere questo risultato è stato soprattutto necessario stabilire sin dalle prime fasi dei rapporti collaborativi molto forti con degli esperti, e per questo è nato (sulla base di un preciso accordo tra gli Enti, sottoscritto e formalizzato, del quale riportiamo in coda a questa relazione la seconda formulazione) un gruppo di lavoro composto da operatori psichiatrici, medici e infermieri del già ricordato CSM di Arco dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS), da un gruppo di soci della Sezione SAT-CAI di Riva del Garda e da una nota guida alpina locale, Paolo Calzà.

Scopi e obiettivi del “Progetto Sopraimille”

Abbiamo fin da subito individuato gli scopi e gli obiettivi del progetto, al fine di avere costantemente presenti dei punti di riferimento da seguire e che segnassero una “traccia” chiara a tutti:

- favorire l'aggregazione e la socializzazione;
- favorire il contatto con realtà “esterne”, creando opportunità di socializza-

- zione con persone al di fuori del circuito psichiatrico;
- stimolare la ripresa del contatto col proprio corpo;
 - acquisire competenze, anche sul piano tecnico, nel campo della manualità, dell'uso appropriato dell'attrezzatura, di dimensioni specifiche (quali, ad esempio, la conoscenza del territorio, l'orientamento e la meteorologia);
 - accrescere, attraverso il confronto con gli altri e con l'ambiente, la conoscenza di sé e l'autostima.

Destinatari

In una prima fase, considerata sperimentale, hanno partecipato al progetto dieci giovani utenti del Centro di Salute Mentale, individuati e indirizzati a questa esperienza dallo psichiatra curante sulla base di una riconosciuta motivazione e nel quadro di un programma di riabilitazione più ampio.

Si è tenuto particolarmente conto della composizione del gruppo, allo scopo di renderlo il più possibile composito, ma al contempo equilibrato; allo stesso modo si è deciso di non individuare a priori problematiche o patologie che potessero di per sé controindicare o favorire la partecipazione all'esperienza.

Durante lo svolgimento del progetto gli operatori del CSM hanno ricoperto una funzione di *tutor* per gli utenti e hanno esercitato un costante monitoraggio sull'andamento dell'esperienza, sia in termini generali che riferiti alla singola persona.

Fase iniziale, di progettazione e preparazione

Gli operatori del CSM hanno messo a disposizione la “cornice riabilitativa” all'interno della quale l'esperienza si è mossa, facilitando la individuazione degli obiettivi da raggiungere. In particolare hanno attivato una proposta informativa per il gruppo dei soci SAT fornendo elementi teorico-pratici sulla relazione, allo scopo di facilitare la gestione del gruppo e dei singoli.

I soci della SAT di Riva, da parte loro, hanno messo a disposizione la loro competenza e le specifiche conoscenze, guidando l'individuazione di strumenti, tecniche e proposte “sul campo” possibili e realizzabili.

Fase di attuazione

Gli operatori del CSM, hanno partecipato attivamente a tutta l'esperienza, con la funzione di monitorare i risultati, di intervenire e risolvere eventuali problemi, più genericamente di svolgere una funzione di tutoraggio e di presenza attiva.

I soci della SAT di Riva, da parte loro, hanno avuto la funzione di presentare

e gestire gli aspetti tecnici dell'iniziativa, guidare il gruppo su un percorso esperienziale, individuare le migliori proposte in relazione alle capacità dei singoli e del gruppo. Nella pratica al gruppo sono state fatte due proposte, o per meglio dire il progetto è stato sviluppato in due ambiti differenziati.

Da una parte sono stati organizzati incontri, per lo più nella sede della SAT di Riva del Garda (tutti i partecipanti, operatori e pazienti, hanno deciso di diventare soci), atti a favorire la conoscenza reciproca, a creare un positivo clima gruppale, a ricevere informazione e spiegazioni di tipo tecnico da utilizzare poi "sul campo".

A questi hanno ovviamente fatto seguito le uscite in montagna, la cui periodicità, caratteristiche generali, livello di impegno e difficoltà sono state valutate e definite di volta in volta (tenuto conto di una serie di vincoli quali la tenuta del gruppo, gli impegni personali, le condizioni meteorologiche, ecc.).

I "terreni di gioco" sono stati i più vari, e sicuramente scelti con caratteristiche crescenti di difficoltà; dalle prime semplici escursioni vicino a casa alle avventure in piccole grotte, dalla neve affrontata con le ciaspole o con gli sci alle ferrate, dalla notte in rifugio all'esperienza di arrampicare in parete. 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.

Il parametro "difficoltà dell'uscita" non è comunque stato l'unico seguito; ogni gita è stata infatti contraddistinta da uno specifico tema, un filo rosso che abbiamo cercato di seguire con particolare attenzione. Se nei primi incontri la cura della dimensione gruppale è stato l'obiettivo principale (allo scopo di rinforzare conoscenze e relazioni interpersonali), successivamente è stata data importanza ad altri fattori (l'osservazione della natura, la cultura dei luoghi, il lavoro e le tradizioni nelle generazioni precedenti, l'orientamento, la meteorologia); tutto sempre in un'ottica di integrazione tra la dimensione esperienziale e cognitiva da una parte e quella riabilitativa dall'altra.

Questi fattori sono diventati progressivamente azioni che hanno permesso il confronto tra un Sé malato e una realtà vissuta inizialmente come ostile e rifiutata, poi man mano reintegrata all'interno dell'esperienza; un'esperienza che ha caricato tale realtà di emozioni, permettendo alla persona di giungere alla ridefinizione di un senso di tutto ciò che accadeva. Il risultato ultimo è stato quello ricercato nell'intervento riabilitativo, cioè la riscoperta e la riappropriazione di un "senso di sé". Progressivamente abbiamo visto che quello che con difficoltà poteva accadere in un ambulatorio medico, qui accadeva con molta facilità e con naturalezza.

Ma quello che non potevamo aspettarci era il seguito. Mentre il gruppo Sopraimille proseguiva la sua esperienza, attorno a esso nascevano idee, iniziative, sensibilità. Come quella dell'amministrazione comunale di Riva del Garda,

decisa a supportare il gruppo e la sua attività, o di una serie di volontari disposti a far parte attiva dell'iniziativa; tutte occasioni per abbattere barriere, cancellare etichette, stare insieme.

Dal punto di vista più "tecnico" era anche importante verificare i risultati del lavoro svolto. Un'attenta rilevazione di una serie di parametri ha permesso di evidenziare la positività dei risultati ottenuti (sono stati misurati vari aspetti, in primo luogo la crescita dell'autostima, la qualità delle relazioni interpersonali, la variazione dell'ansia, il comportamento...), trovando la conferma della validità del cammino intrapreso; tutti questi dati hanno inoltre rappresentato la base per lavori accademici, concretizzati in tesi di laurea presso le Università di Verona e di Padova.

E mentre tutto ciò accadeva abbiamo cominciato a guardarci intorno, scoprendo che tante realtà in Italia si muovevano su percorsi simili al nostro. Sono nati i contatti, poi le conoscenze, le amicizie, gli scambi e i confronti. Ed è nato l'incontro al Rifugio Pernici. Ma questa ormai non è più storia, bensì realtà, visto che siamo qui a incontrarci nuovamente, per il secondo anno.

Il testo del Protocollo d'Intesa Programmatica del "Progetto Sopraimille"

Scopo di questo documento congiunto è di consolidare la collaborazione tra l'UO n. 5 di Psichiatria della APSS e la Sezione SAT-CAI di Riva del Garda. Nel periodo maggio 2003/novembre 2004 è stata progettata, definita e attuata la fase sperimentale del progetto (la cui prima stesura viene allegata al presente documento e ne costituisce parte integrante).

Il progetto a tutt'oggi ha comportato:

- il coinvolgimento di dodici utenti del CSM di Arco (per questa fase sperimentale);
- dieci uscite, di difficoltà e caratteristiche diverse;
- quattro incontri con finalità tecnica, presso la sede SAT;
- circa dodici incontri di verifica e riflessione presso la sede del CSM, con finalità terapeutico-riabilitativa;
- lo sviluppo di contatti con realtà che attuano, in Italia, esperienze simili;
- l'organizzazione del primo "Convegno Nazionale di Montagnaterapia" nel settembre 2004;
- la presentazione di articoli su riviste locali e nazionali e di relazioni in due convegni nazionali;
- la produzione di materiale scientifico, formalizzato in una tesi di laurea presso l'Università di Verona;
- un'iniziativa congiunta in occasione della "Giornata Nazionale della Salute Mentale".

Tutto ciò premesso si considera:

- la positività dell’esperienza nel suo insieme;
- il buon livello di preparazione e integrazione raggiunto dagli operatori del CSM e dai soci della SAT sul tema della montagnaterapia;
- la positività dei risultati ottenuti dal gruppo di pazienti e dai singoli, come anche dimostrato da rilevazioni specifiche effettuate nel corso dell’esperienza;
- il buon impatto d’insieme avuto sia nell’ambito del CSM che nell’ambiente della SAT.

Si decide:

- di considerare conclusa la prima fase, a carattere sperimentale;
- di considerare il progetto “Sopraimille” come progetto stabile e continuativo;
- di proseguire la sperimentazione di nuove strategie riabilitative, sempre inseribili nell’ambito della montagnaterapia.

Si sottoscrive l’impegno:

- a promuovere, implementare e monitorare questa collaborazione tra CSM di Arco e SAT di Riva del Garda;
- a sorreggere l’esperienza (nei limiti imposti dalla presenza di sufficienti risorse umane) con la conferma di un gruppo di lavoro composto da personale medico-infermieristico del CSM e da soci della SAT. I dipendenti della APSS e i soci della SAT metteranno a disposizione le loro rispettive competenze nella realizzazione del progetto.

1.3. Dentro la montagnaterapia: storia, radici, strumenti

GIULIO SCOPPOLA

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

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

Una tale esperienza formativa è stata pensata per gli operatori dei servizi pubblici, del privato sociale e del volontariato (nel campo della Salute Mentale). Essa si è proposta di mostrare e riflettere su quell’insieme di tecniche e

strumenti, ma ancor prima di modelli e aspetti teorici, racchiusi nel particolare intervento socio-sanitario e socio-educativo, definito appunto, da circa sei anni, come montagnaterapia².

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

Il corpo ovviamente c'era, ma era "assente". Esso non sembrava poter svolgere neppure quel ruolo centrale nell'articolazione delle funzioni psichiche; che dal soma sarebbero dovute infatti emergere e, gradualmente, organizzarsi: "Sono cosciente del mio corpo come della mia esistenza e contemporaneamente lo vedo con gli occhi e lo tocco con le mani [...]. Il corpo è l'unica parte del mondo che venga sentita contemporaneamente dall'interno e percepita alla superficie"³.

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

L'irriducibilità intrinseca della relazione corpo-mente-corpo, ma prima ancora gli approfondimenti (mi riferisco a quelli di area psicoanalitica) sulla origine dei fenomeni "proto-mentali"⁴, a partire dalle prime senso-percezioni e dagli aspetti "senso-motori"⁵, ci costringevano a ricostruire, per l'adulto psicotico e in generale per il paziente psichiatrico, nuovi percorsi terapeutici a mediazione corporea e ambientale.

Il contesto esperienziale era quello dei soggiorni estivi: una "vacanza" di quindici giorni al mare (o in montagna), durante la quale, noi psicologi per primi, dovevamo trovare originali forme di espressività e di relazione con i pazienti; per collocarci in una desiderata "dimensione terapeutica e non solo assistenziale"⁶. Parlavamo in quegli anni, con molte attese, dell'importanza del cosiddetto lavoro "extraclinico"⁷; e si era convinti dell'importanza della riabilitazione psichiatrica intesa come cura efficace per i disturbi schizofrenici⁸.

² Vedi *Convegno Montagna e solidarietà: esperienze a confronto* (Pinzolo, 24 settembre 1999), organizzato dal Premio Internazionale di Solidarietà Alpina "Targa d'Argento", dai "Giornalisti di Montagna", con il patrocinio del CAI; e articolo di Matteo Serafin "Quando la montagna diventa un aiuto alla vita" in *Famiglia Cristiana* n. 40 del 1999.

³ K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964, pag. 95.

⁴ W. Bion, *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1971, pag. 110.

⁵ E. Gaddini, *Scritti*, Cortina, Milano, 1989, pag. 618.

⁶ M. Munelli, G. Scoppola, "La dimensione terapeutica in interventi assistenziali", in *Le prospettive relazionali nelle istituzioni e nei servizi territoriali*, Masson, Milano, 1985.

⁷ G. Scoppola e coll., "Il bilanciare del funambolo", in *Proposte per la salute mentale*, Kappa, Roma, 1992.

⁸ G. Scoppola e coll., "Riabilitare o curare", in *Schizofrenici in terapia*, Teda, Castrovillari (CS), 1992.

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

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

Utilizzavamo per far questo tutto il bagaglio di conoscenza sull'animazione e sull'educazione dei gruppi attraverso gli ambienti naturali, che avevamo maturato in precedenti esperienze, come ad esempio lo scoutismo. Dice a questo proposito Mauro Rosi: “Due cose sono necessarie per la conservazione della salute: l'esercizio fisico proporzionato all'età e ai mezzi della persona, e il contatto, quanto più frequente è possibile, con l'ambiente naturale [...]. Tali esigenze, nel campo dell'educazione fisica, sono pienamente soddisfatte dal *metodo naturale* fondato da G. Hébert all'inizio del secolo, applicato nello scoutismo francese e belga fin dal 1940 e introdotto in Italia nel 1949”⁹.

Si intuiva e si sperimentava, in quegli anni, la validità teorica della affermazione che: “frequentando il mondo il corpo non è mai percorso dal dubbio che la sua percezione possa essere una illusione rispetto a qualche presunta verità in sé, il mondo non è ciò che io penso, ma ciò che vivo, che abito”¹⁰. E gli aspetti corporei dei nostri pazienti, che evidentemente avevano avuto problemi in quella fondamentale esperienza (a contatto con il reale), apparivano bloccati, appesantiti, impacciati.

Sapevamo che il corpo aveva assorbito molti farmaci, che era ingrassato da cibi e bevande eccessivi e dalla prolungata sedentarietà. Ci sembrava un indicatore inquietante di come poteva funzionare “la mente”; una funzione mentale anch'essa visibilmente paralizzata; infatti: “Come il sistema nervoso, la mente sta ovunque nel corpo”¹¹.

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

L'ambiente naturale, specialmente quello di montagna, così poco modificato dalla mano dell'uomo, così materialmente e intensamente “percettivo”, costringeva il piccolo gruppo a confrontarsi con *setting* di lavoro per lo più sconosciuti e fortemente evocativi di realtà altre e “oltre” la definibilità¹².

⁹ M. Rosi, *L'educazione dell'uomo attraverso il corpo*, Ancora, Milano, 1982, pag. 17.

¹⁰ J.P. Sartre, *L'essere e il nulla*, Il Saggiatore, Milano, 1968

¹¹ E. Gaddini, *cit.*, pag. 471.

¹² L. Scoppola, *L'esperienza di essere sé*, Angeli, Milano, 2005, pag. 157.

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

In particolare vogliamo qui riferirci e ricordare quelle problematiche evolutive che originavano da carenze, o addirittura da assenze, di relazioni fondanti i processi ordinativi della mente¹³.

La caratteristica della nostra relazione era quella di doversi adeguare di continuo, sia sul piano dell'agire che sul piano del sentire, alla condizione particolare determinata dal contesto. E il luogo naturale (in questo caso la montagna) precede ogni altro luogo storico; così come: "il reale è tutto ciò che preesiste e che resiste alla simbolizzazione"¹⁴. E che secondo noi resiste alla tendenza a "psicotizzare"; cioè a distorcere, alterare, paralizzare lo spazio-tempo e le relazioni-emozioni-pensieri.

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

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

Oltre a tutto ciò le osservazioni sulle risposte individuali all'ambiente naturale ben si leggevano in accordo a quanto recentemente confermato da differenti autori. Scrive infatti Alberto Oliverio che: "la natura [è] fondamentale nel fornirci gli stimoli di cui anche la mente ha assoluto bisogno. Stimoli complessi, fatti appunto di ritmi adatti alla nostra biologia, di vasti orizzonti, di percezioni inusuali nella realtà tecnologica".

E ancora: "Cervello e mente [...] si formano sulla base di esperienze, dipendono da quelle sollecitazioni di cui il sistema nervoso è avido. E l'ambiente naturale, al quale ci siamo adattati da decine di migliaia di anni, soddisfa queste necessità attraverso i suoi messaggi: suoni e luci, odori e movimenti dell'aria, tracce da scoprire e da interpretare [...]. La realtà di cui abbiamo bisogno è più vicina alla nostra natura biologica, ben diversa dalla dimensione immateriale e virtuale"¹⁵.

Muoversi, ma prima ancora avere la percezione di esserci, di esistere in quell'ambiente voleva dire imparare a percorrere i sentieri (*trekking*), imparare a programmare la salita di una cima facendo i conti con il tempo meteorologico, con

¹³ Cfr. E. Gaddini, *cit.*

¹⁴ L. Scoppola, *cit.*, pag. 119.

¹⁵ Cfr. A. Oliverio (2005).

quello cronologico e con la paura di muoversi in verticale (*climbing*); ma anche imparare a spostarsi leggendo una carta topografica, una bussola e un altimetro, senza perdere l'orientamento e imparando a fare ritorno al rifugio (*orientering*); pena l'esposizione a esperienze potenzialmente traumatiche, quali ad esempio quella del buio, delle vertigini, del temporale.

Che sono realtà esterne e indipendenti dall'individuo, e che, come tali, non possono essere da lui contraffatte, ma esperite per ciò che esse sono.

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

Pensavamo di poter *by-passare* una patologica condizione cognitiva, ma anche affettiva, offesa dalla malattia (che rimandava ai supposti, ma in qualche caso verificati, eventi traumatici nella storia personale), attraverso lo svolgersi di una esperienza di vita in un piccolo gruppo (6-8 pazienti e 2-3 operatori) che "giocava" temporaneamente, ma con continuità (durante gli anni), a confrontarsi e forse identificarsi nel ruolo di escursionisti-alpinisti; oltretutto in un ambiente inconsueto per i pazienti. In quelle particolari esperienze i rapporti fra le persone potevano naturalmente ritrovare un carattere di solidarietà, di schiettezza, di fisicità: tra il sé e l'ambiente e nelle relazioni interpersonali dei partecipanti all'esperienza stessa.

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

Ci sembra importante fare qui un riferimento al modello della "elaborazione delle informazioni"¹⁶, su cui non possiamo soffermarci, ma che apre intuitivamente lo sguardo verso gli aspetti psicotraumatologici contenuti in una delle "radici" teoriche della montagnaterapia.

Vorrei ricordare inoltre che una tale riflessione non potrebbe essere sostenuta senza il contributo offerto dalla vasta teorizzazione sulle origini del sé di matrice psicoanalitica. Possiamo ad esempio osservare come la connotazione stessa del tempo e dello spazio, così importante nell'approccio di montagnaterapia, sia costitutiva dell'esistenza di un "campo mentale"¹⁷.

O ancora: "Poiché [infatti] la mente non è scissa e indipendente dal corpo e poiché la mente non è innata, l'esperienza di sé appare in qualche modo

¹⁶ F. Shapiro, *EMDR*, McGraw-Hill, Milano, 2000.

¹⁷ A. Corrales, L. Rinaldi, *Quale psicoanalisi per le psicosi*, Cortina, Milano, 1997.

legata ai primi processi di aggregazione dei nuclei senso-percettivi”¹⁸. Ecco allora che i primi passi di quell’intervento, che in anni più recenti e dopo un lavoro sui protocolli e sulle verifiche, abbiamo chiamato di “montagnaterapia”, affondano nel tentativo, squisitamente clinico e di matrice psicoanalitica e grupppale¹⁹, di stimolare una reintegrazione “del sé” e “nel sé”, che: “[...] si trova naturalmente inserito nel corpo, ma può, in alcune circostanze, essere dissociato dal corpo”²⁰.

La sottolineatura trasformativa del nostro modello di intervento fa riferimento, inoltre, alla cosiddetta costruzione di una sorta di identità vicaria, mediata e favorita dall’appartenenza al più ampio gruppo dei “montanari”. Si basa cioè sullo stimolante e rassicurante senso di appartenenza alla classe dei frequentatori della montagna e dei soci del CAI (di cui i pazienti impegnati nella attività di montagnaterapia fanno parte).

Ciò sembrerebbe contrastare efficacemente le conseguenze (sociali e psicologiche) negative legate a fenomeni di marginalizzazione e di sradicamento, che ogni malattia cronica via via produce. In altre parole i pazienti coinvolti nelle attività di montagnaterapia beneficiano della condivisione di uno stesso interesse che li unisce, anche sociologicamente e culturalmente, agli escursionisti-alpinisti “normali”²¹.

Non so se sia azzardato affermare che attraverso elementari esperienze di alpinismo, con l’esposizione per così dire “omeopatica” al vissuto del rischio (e potenzialmente del trauma), ci riproponiamo di lavorare terapeuticamente sulle modalità di reazione, sui *pattern* comportamentali e sugli aspetti traumatici. Questi, di fatto, sono spesso riscontrabili nella anamnesi familiare dei nostri pazienti. Il confronto con esperienze che pongono l’individuo di fronte al pericolo, a livello cosciente, attivano movimenti istintuali di sopravvivenza, e quindi avviano processi ordinativi che sono finalizzati alla vita. Il problema è al contrario quanto la patologia mentale sia sensibile alle sollecitazioni provenienti dalla attivazione dell’istinto di vita...

La recente letteratura nel campo della psico-traumatologia, che fa riferimento al trattamento psicologico del PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*) mostra a questo proposito che: “vi è consenso [...] nella ricerca, sulla necessità di una qualche forma di esposizione alle situazioni traumatiche per evitare l’evitamento e permettere la desensibilizzazione, affinché la terapia del PTSD abbia successo”²². Se estendiamo queste considerazioni, prendendole a paradigma di ciò che avverrebbe nella generalità delle situazioni vissute dal sé come traumatiche,

¹⁸ L. Scoppola, *cit.*, pag. 117.

¹⁹ Cfr. W.R. Bion, *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1971.

²⁰ D.W. Winnicott, *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma, 1970.

²¹ Cfr. V. Scala e coll, in via di pubblicazione.

²² F. Shapiro, *cit.*

avremmo una ulteriore conferma sulle potenzialità del metodo da noi proposto. Del resto i dati osservativi e clinici ci hanno sempre mostrato comportamenti e verbalizzazioni progressivamente più coerenti dopo l'esposizione a moderate paure (*similia similibus curantur*).

Se includiamo ora le osservazioni tratte dalle esperienze di questi ultimi anni, possiamo affermare, molto schematicamente, come la ricerca sui modelli e sui protocolli e sulle osservazioni cliniche nella montagnaterapia abbiano messo in evidenza anche l'importanza di fare riferimento a concetti come quelli di "autostima", "auto-efficacia", "volizione" (tratti principalmente dalla "Teoria Sociale-Cognitiva")²³.

Inoltre abbiamo mostrato l'importanza di fare costante uso delle tecniche audio visuali (e di strumenti radio) che possono facilitare, ad esempio, il mantenimento della comunicazione, della attenzione e della memoria e la focalizzazione sul corpo: "il dato che unifica le diverse esperienze con il video [...] è la ritrovata importanza della corporeità attraverso [...] una esperienza sensoriale guidata e protetta"²⁴.

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

Videoregistrare e rivedere il proprio e l'altrui corpo, impegnato a muoversi nell'ambiente alpinistico (favorendo i successivi commenti e le verbalizzazioni), si pone allora come antidoto alla patologica deformazione dell'"esperienza di essere sé"²⁵; la quale non è esprimibile, ma esclusivamente vivibile per ciò che essa è. Rimanendo così lontani dal rischio di contraffazione psicotica dell'esperienza stessa (virtualizzazione dell'esperienza).

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

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

In questo spazio-tempo si inserisce la relazione clinica custodita e favorita dai "facilitatori delle relazioni" (psicologi, psichiatri, educatori, infermieri pro-

²³ Cfr. A. Bandura, *La valutazione dell'autoefficacia*, Erickson, Trento, 2000.

²⁴ Cfr. D. Manghi, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 1989.

²⁵ L. Scoppola, *cit.*

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

Sono ruoli e interazioni diverse a cui possiamo, per brevità, solo accennare, ma che sono presentati in diversi articoli sull’argomento²⁶.

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

Alcuni ragazzi potranno ad esempio separarsi e individuarsi raggiungendo la vetta, e da lassù stabilire un collegamento con il “campo base”²⁷, luogo e strumento del modello (collegato agli aspetti di assicurazione di protezione e di alimentazione e recupero), dove gli altri si saranno fermati aspettandoli. La bussola, l’altimetro, la carta topografica dei sentieri, la guida delle vie, la radio, le fotografie, la videoregistrazione, nei protocolli di montagnaterapia diventano nuovi strumenti da introdurre nell’armamentario professionale che gli operatori potranno utilizzare. L’uso di tutti questi “oggetti” potrà in seguito costituire la base preziosa per i timidi processi di simbolizzazione ai quali i pazienti sapranno, forse, accedere.

Accennerò ora alla fondamentale funzione respiratoria, che sappiamo essere collegata con la ossigenazione di sangue e tessuti, ma non solo. Possiamo dire che nelle attività che proponiamo l’iniziale riattivazione fisica nasce e può essere percepita *in primis* all’interno di sé, con l’obiettivo dichiarato di contrastare (gradualmente) la tendenza all’inattività degli stati psicotici schizofrenici.

A questo proposito nelle attività residenziali, a inizio giornata, proponiamo (ad esempio) di esercitarcisi nella “respirazione completa”²⁸, atta a riscaldare il corpo preparandolo al movimento e alla esposizione attiva all’ambiente esterno.

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

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

²⁶ Vedi “Atti dei Convegni 2001-2005 del Gruppo di Lavoro per la Montagnaterapia del Lazio” (in via di pubblicazione).

²⁷ Vedi D. Ermini (in via di pubblicazione).

²⁸ Vedi Centro Yoga Sivananda, *Il libro della Yoga*, Lyra, Como, 1986.

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

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

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

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

Prima di guardare agli aspetti pratici dobbiamo rilevare come: “per l’uomo contemporaneo arrampicare significa tornare a praticare e sperimentare qualcosa di antico. Significa ricollegarsi alle sue origini antropologiche ed evolutivistiche. Ricominciare a muoversi in verticale utilizzando mani, braccia, tronco piedi e “mente” in un modo apparentemente nuovo. Le società tecnologiche contemporanee hanno [infatti] progressivamente ridotto la necessità per l’individuo di ripetere quei movimenti del corpo, soprattutto quelli in verticale, che erano (da milioni di anni) iscritti nel suo patrimonio genetico”²⁹.

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

²⁹ G. Scoppola, “*La dimensione verticale come strumento educativo psicomotorio e riabilitativo*”, in *A scuola sui sentieri*, Provincia di Roma, 1998.

un più vasto ripensamento sulla salute nel suo complesso. Abbiamo accennato come rappresenti una evidenza clinica (ma alcune volte addirittura “ortopedica”), che i malati psichiatrici presentino problemi nel sostenersi, nell’appoggiarsi, o nel compiere un qualsiasi esercizio ginnico; e una evidenza psicologica che non abbiano stima e fiducia di sé o sentimenti di auto-efficacia.

A questo ci ricollegiamo per un ulteriore salto di paradigma. Se ci rivolgiamo infatti all’approccio psicomotorio scopriamo come: “Il tono posturale si imprime per le stesse vie sensorio-motorie del tono psico-affettivo.

Dunque, ci sono necessariamente dei legami stretti e le modulazioni del tono sono il risultato d’un compromesso tra le tensioni d’origine propriamente posturale e le tensioni di origine psico-affettiva.

Difatti, noi constatiamo che l’atteggiamento posturale del corpo varia in funzione degli stati affettivi ed emozionali. La postura si raddrizza nella gioia o nel dinamismo e si accascia nella tristezza e abbandono”³⁰.

Ecco allora come l’esperienza psicologica e fisica della “orizzontalità” e della “verticalità” permetta di sperimentare un vissuto e un allenamento confrontabile in gruppo. Questo attraverso l’esperienza dell’appoggio, dell’appiglio, del movimento del corpo e della sua espressività ginnica e psicologica. Il suolo potrebbe essere allora equiparato a un “oggetto” psicoanalitico. Con esso si possono stabilire dei contatti e delle relazioni, rispetto ad esso si possono articolare dei movimenti. “La sua presenza è costante e la sua attrazione permanente”³¹.

Gli appoggi (i sassi o i blocchetti di legno utilizzati per gli esercizi di equilibrio) serviranno ad esempio per sperimentare in modo nuovo e maggiormente consapevole il proprio baricentro, separando il movimento del bacino da quello dei piedi, contrastando la rigidità³².

Sappiamo come il malato psichiatrico appaia spesso non più in grado di auto sostenersi fisicamente. A questa evidenza il “sistema psichiatrico tradizionale”³³ ha rischiato e rischia di offrire, a volte, la possibilità di trascorrere molte ore della giornata in comode poltrone o divani imbottiti; così facendo non ci si rende conto del rinforzo offerto all’esperienza di un sé scarsamente differenziato, impossibilitato a valutare positivamente la forza, la resistenza, la coesione, la flessibilità, ecc.

Quando addirittura tutto ciò non apre la strada allo sviluppo di percezioni deli-

³⁰ A. Lapierre, B. Aucouturier, *Il corpo e l’inconscio in educazione e terapia*, Armando, Roma, 1982, pagg. 109-110.

³¹ A. Lapierre, B. Aucouturier, *cit.*, pag. 136.

³² P. Caruso, *L’arte di arrampicare*, Mediterranee, Roma, 1993.

³³ Mi riferisco a strutture residenziali o semiresidenziali psichiatriche eccessivamente chiuse ed inclusive, in cui prevale, od è esclusiva, l’accoglienza intramuraria del paziente a scapito di una stimolazione fisica ed ambientale.

ranti, che fanno spesso riferimento a parti di corpo mancanti. Ricordo un paziente la cui percezione dello zaino appoggiato sulla schiena immediatamente rassicurava dalle angosce di tipo psicotico, riorientandolo alle percezioni esterne.

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

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

Possiamo ancora dire che il rapporto con il suolo fa sperimentare una "antica" ambivalenza: "tra il desiderio di stare [...] e il desiderio di liberarsi da [...] per conquistare la propria indipendenza e libertà nello spazio a tre dimensioni"³⁴. Dopo il riposo-rilassamento riappare allora il desiderio di alzarsi, quel richiamo verso l'alto e verso il camminare che ciascuno (anche i malati psicotici) porta in sé; una sorta di "pulsione viatoria"³⁵.

Appare evidente come nelle sessioni di montagnaterapia si debba dar credito e stimolare la sopita pulsione del malato a liberarsi, a "rompere quella fusione alienante [...] sfuggire alla "possessività del suolo [di cui] la forza di gravità è l'espressione simbolica"³⁶.

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

La "verticalità" introduce in modo più evidente la distanza dal suolo. Costringe a utilizzare gli arti superiori "appigliandosi" al terreno via via più verticale. Stimola a sperimentare il corpo spostando le senso-percezioni anche sul "triangolo" superiore del tronco³⁷.

Con un ulteriore salto vogliamo da ultimo accennare a come il muoversi in verticale, utilizzando appoggi e appigli della parete naturale, o della struttura

³⁴ A. Lapierre, B. Aucouturier, *cit.*, pag. 136.

³⁵ Vedi P. Di Benedetto (in via di pubblicazione).

³⁶ Cfr. A. Lapierre, B. Aucouturier, *cit.*

³⁷ P. Caruso, *cit.*

artificiale di arrampicata, faccia emergere e renda maggiormente visibile, nel comportamento e nell'esperienza emozionale dei pazienti, la qualità e il tipo di "attaccamento"³⁸. In montagnaterapia diventerebbe però possibile la costruzione di esperienze correttive, utilizzando direttamente la "mediazione corporea" corrispondente all'esperienza psicologica.

Gli aspetti "disorganizzati"³⁹ nell'attaccamento, alla base di "modelli operativi dissociati [...] del sé"⁴⁰ (che si manifestano anche nella fisicità dei malati) potranno ad esempio essere contrastati con ripetuti e progressivi esercizi di arrampicata su appigli sicuri; con la presenza di una guida alpina, esperta e rassicurante, e facilitati psicologicamente dagli operatori presenti.

Anche "il corpo del terapeuta diviene specchio dei fantasmi dell'altro"⁴¹, in un continuo confrontarsi, dove a volte è il paziente a mostrare le maggiori abilità motorie. Ma questo è solo un accenno che riprenderemo in un'altra occasione. Come emerge chiaramente dalla nostra esperienza molta importanza riveste durante le sessioni l'attenzione all'aspetto ritmico degli stati somatici, mentali e della respirazione.

Durante le attività, o alla fine, potrà inoltre essere introdotto l'uso del "rilassamento muscolare progressivo"⁴², con l'obiettivo di rendere consapevoli i pazienti sulla differenza tra le tensioni generate dagli esercizi proposti, differenziandole dalle tensioni preesistenti, di cui spesso non si ha consapevolezza.

Quelli descritti sono solo esempi per introdurre il senso di esercizi a mediazione corporea che, nel corso del tempo, favoriscono una nuova cultura e un nuovo clima emotivo del gruppo.

Rimandiamo a questo proposito il lettore alla descrizione in 2.2. "*Appoggio/ Appiglio/Respiro*".

Eccoci giunti così alla conclusione. Quello che abbiamo percorso, "dentro" la montagnaterapia, è un itinerario che ha le sue origini, le sue potenzialità e i suoi limiti nell'esperienza stessa della montagna e delle relazioni, emozioni e pensieri che a contatto con essa si sperimentano.

Senza la mediazione del gruppo l'esperienza clinica, così come concepita, non sarebbe possibile. Senza la formazione, la supervisione e lo scambio costante fra i colleghi gli errori per gli operatori sarebbero forse troppi. Le trasformazioni appaiono possibili, si accresce il senso di auto-efficacia e di autostima, vengono

³⁸ J. Bowlby, *Attaccamento e perdita*, vol. 1: "*L'attaccamento alla madre*", Boringhieri, Torino, 1972.

³⁹ M. Main, E. Hesse, "*Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia a stati mentali alterati dei genitori*", in M. Ammanniti, D.N. Stern (a cura di), *Attaccamento e psicoanalisi*, Laterza, Bari, 1992, pagg. 86-140.

⁴⁰ G. Liotti, "*Disorganizzazione dell'attaccamento e predisposizione ai disturbi funzionali della coscienza*", in M. Ammanniti, D.N. Stern (a cura di), *cit.*, pagg. 219-232.

⁴¹ A. Lapierre, B. Aucouturier, *cit.*, pag. 92.

⁴² Cfr. E. Jacobson, *Progressiv relaxation*, Univ. Chicago Press, Chicago, 1938.

permessi e favoriti alcuni piccoli ma evidenti movimenti, non pericolosi, del sé.

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

1.4. Pedagogia dell'esperienza in ambito montano

DINO ERMINI

Pur partendo da storie, formazione professionale, esperienze diverse, il corso di montagnaterapia si connota come un momento meta-riabilitativo ove alcuni di noi, i cosiddetti formatori, si propongono come portatori di un "presunto sapere" rivolto ad altri di noi che presumono di non sapere.

Quello che qui offriamo è, dunque un "supposto sapere" frutto sia della nostra limitata esperienza che di alcune riflessioni collettive che ad essa si rifanno.

Siamo consci di non detenere la "verità" riguardo alla cosiddetta montagnaterapia e che soltanto dal confronto tra tutti coloro che hanno svolto momenti riabilitativi utilizzando la montagna come sfondo terapeutico-educativo-riabilitativo potrà sorgere un sapere, patteggiato, come attività di costruzione e di sintesi dinamica dell'esperienza

Esistono vari modelli riabilitativi in ambito psichiatrico; qui si farà riferimento, grossomodo, a Luc Ciompi. "Grossomodo" perché chi scrive, paradossalmente, non fa né riabilitazione né terapia; faccio, difatti, l'educatore professionale o, per meglio dire, effettuo anche momenti riabilitativi e terapeutici, ma non solo.

Ciompi individua cinque parametri per inquadrare utenti più idonei a un percorso riabilitativo. Li ricordo brevemente:

1. esclusione sociale e professionale inferiore a cinque anni;
2. permanenza di contatti sociali vitali;
3. età inferiore a quarantacinque anni;
4. speranza nel cambiamento;
5. un quoziente intellettivo superiore a 90.

Tali parametri sono presi in considerazione non per il singolo valore di ognuno di essi di cui potremmo discutere a lungo o che potremmo criticare, ma per la loro valenza biografica e sociale. Ritengo che queste caratteristiche siano valide anche per un intervento "riabilitativo" da svolgere in un terreno montano.

L'esperienza riabilitativa da cui prendo lo spunto è quella da me vissuta come educatore professionale nella CTR Montesanto nell'ASL RM E da ormai otto anni e, in parte, nel CD San Godenzo nella stessa ASL, ove opero da un anno.

Le due esperienze, pur simili, non sono sovrapponibili. Il gruppo escursionistico Montesanto nasce quasi spontaneamente dalla necessità di sfuggire alla calura e alla noia di un sabato cittadino, in un fine agosto del 1997. Solo qualche anno più tardi si connoterà come uno dei “laboratori” stabili della comunità. Da allora sono continuate le escursioni con un ritmo mensile. Ogni anno sono stati effettuati soggiorni estivi in località montane, tra gli altri, nel Parco Nazionale d’Abruzzo, nel Parco dello Stelvio, nelle Dolomiti, sul monte Terminillo. Abbiamo alloggiato in appartamenti autogestiti, in albergo, in tenda in campeggio libero.

Il gruppo è composto di una decina di utenti, maschi e femmine, fascia di età 22/45 anni. Alcuni sono residenziali, altri semi-residenziali, altri ancora utenti dell’attiguo Centro Diurno.

Gli operatori, oltre al sottoscritto, sono infermieri, tirocinanti di varia professionalità, volontari, esperti del CAI. Ci si riunisce una volta la settimana, durante tutto l’anno, per un’ora.

Nella formazione del gruppo non abbiamo seguito modelli particolari, ci siamo riferiti alle indicazioni di L. Ciompi sopra riportate, e tenendo conto che l’interesse per la montagna non può essere inculcato in nessuno, tanto meno ai nostri utenti: si deve partire dai loro desideri, dalla loro storia, dai loro interessi, personalizzando l’atto riabilitativo.

Questo non significa, ovviamente, proporre la montagna solo a coloro che già la conoscono, ma sforzarsi di saper leggere le possibilità esplicite e implicite di coloro ai quali ci rivolgiamo. Al centro del nostro intervento abbiamo posto il rapporto tra operatore (“riabilitante”) e psicotico (“da riabilitare”).

Come scrive Renato Piccione: “[...]le funzioni d’accoglienza-contenimento e quelle di supporto-sollecitazione non possono essere solo strumenti del riabilitatore, ma devono scaturire dalla riflessione sul rapporto dello psicotico con il proprio corpo, con il proprio tempo e con il proprio contesto relazionale.”

Abbiamo verificato come la montagna offra numerosi spunti al riguardo.

La psicosi ha un evidente impatto sulla fisicità degli utenti, è sufficiente trascorrere poco tempo in uno dei luoghi di cura nel DSM per notarlo. Il corpo si mostra spesso ipertrofico o assente, oggetto di mille (patologiche) attenzioni o del tutto dimenticato.

Questa è, però, un’osservazione generica; in realtà ogni singolo utente si propone con una propria fisicità da osservare attentamente prima di poter direttamente intervenire su di essa.

L’osservazione è condizionata dal luogo dove si osserva: dentro le quattro mura si ha un campo di osservazione ridotto, fuori, in campo aperto, la prospettiva è indubbiamente diversa. Per esempio, quell’andatura un po’ incerta che un determinato utente tiene nei locali del servizio, all’esterno, su un sentiero non asfaltato, si trasforma in un incedere sbilenco e insicuro, oppure sorprendentemente sicurissimo.

A noi è successo di confrontarci con situazioni, per certi versi, paradossali. Utenti i quali all'interno del servizio richiedevano, sovente, cure verbali di conforto, sollecitazione, stimolo, appena si era in montagna in una situazione di difficoltà dovuta all'asperità del percorso tale da dover richiedere sostegno fisico, reagivano a questo afflosciandosi, perdendo, letteralmente, consistenza. Sembrava avessero perso la cognizione dei propri confini fisici confondendoli con quelli dell'operatore che li sorreggeva.

In tali casi, credo sia inutile cercare lumi nei manuali. Occorre "ridare corpo" all'utente facendogli provare la forza di gravità, accompagnandolo a terra, suggerendo, semmai, appigli e sostegni necessari a rialzarsi, senza sostituirsi a lui.

Abbiamo impiegato alcuni anni per comprendere, almeno in parte, le necessità corporee-psichiche di ogni singolo utente immerso nell'ambiente naturale e su di esse modellare le modalità della vita in gruppo. Per esempio, quando e quanto mangiare, la scansione delle pause durante il tragitto, l'adeguatezza dell'abbigliamento, la pesantezza sostenibile dello zaino e così via.

Il gruppo si è costituito attorno al nucleo di utenti della CTR, la parte, se vogliamo, più debole dell'insieme dei pazienti, quella che nel proprio progetto terapeutico-riabilitativo si trova in una fase delicata di post-acuzia e di ansiosa attesa di un rientro domestico.

Sono stati proprio loro l'elemento trainante del gruppo, poiché con gli operatori della comunità coinvolti nel progetto escursionistico hanno istaurato una relazione fondata su aspetti di condivisione dell'esperienza e del senso di realtà. Con il passaggio da "io" a "noi" si sono abbattuti dei confini e se ne sono posti di nuovi. Tali aspetti sono stati trasferiti nella pratica montana e hanno offerto un apprendimento cognitivo ed emotivo "per contatto" agli altri utenti non residenziali.

Dalla vita in comune siamo partiti per la nostra avventura in montagna. Non avevamo nessun modello di riferimento se non il nostro quotidiano vivere insieme e un interesse sostanziale, più o meno marcato, per la montagna.

Basilare nella nostra convivenza è stato lo scoprire, nella pratica, che l'ambiente sereno è sfondo ineludibile per il passaggio e per l'acquisizione di conoscenze. Del resto è risaputo che il "buon clima" è fondamentale per il funzionamento terapeutico di uno spazio protetto qual è una CTR; tale atmosfera si è tentato dunque di ricostituire anche *en plein air*.

Il "vivere con" ci ha portato a grandi implicazioni emotive, l'esserne consci ci ha permesso però di operare con un distanziamento che coniuga spontaneità con intenzionalità; ci ha aiutato invero l'opera del supervisore, figura importante nell'attività terapeutica-riabilitativa in generale, indispensabile per l'agire fuori delle quattro mura dei servizi psichiatrici.

La condivisione ha reso possibile affrontare durante la nostra pratica escursio-

nistica situazioni complesse dal punto di vista relazionale, come, per esempio, riconoscere i limiti fisici degli utenti e, soprattutto, degli operatori.

Mostrarsi stanchi, deboli, affamati e/o assetati poteva sembrare elemento inficiante l'immagine dell'operatore-puntello dell'intero gruppo con conseguente disgregazione dello stesso; abbiamo verbalizzato tali spiacevoli sensazioni evitando di "liberarsi artificialmente del corpo e dai suoi bisogni, dalla sua vita senso-emozionale e istintiva".

Tale passaggio ha consentito agli utenti di superare un senso di inadeguatezza e insufficienza del sé e di accettare la non-onnipotenza degli operatori.

A noi ha permesso di liberarci dal peso di essere "guida", in senso stretto e in senso lato. È stato motivo in più per affidarci agli esperti del settore quali, nel nostro caso, istruttori e accompagnatori del CAI, restituendoci così la nostra veste di operatori-mediatori tra i saperi degli esperti e i bisogni psico-fisici degli utenti, abbiamo tradotto e adattato il linguaggio tecnico delle guide alpine al linguaggio emotivo e alle necessità cognitive degli utenti.

I primi anni della nostra storia sono stati caratterizzati da un'attività alquanto intensa, le escursioni si succedevano due volte al mese, preparate da incontri collettivi tenuti alla vigilia delle uscite.

Questo ritmo ci pesava perché andare in montagna non era stancante in sé, ma per la preparazione organizzativa richiesta; inoltre lo stato emotivo degli utenti passava da momenti di frenetica attesa a ridosso dell'evento, a momenti d'abulia seguenti lo stesso.

È stato spontaneo per gli operatori proporre e realizzare una riduzione delle uscite a una sola volta al mese. Ciò ha comportato delle resistenze da parte degli utenti, che percepivano il fatto come un disimpegno, una svalorizzazione dell'attività montana da loro vissuta come evento straordinario: "Andare in montagna, per noi è un'avventura, uscire dal grigiore quotidiano..."

La discussione che ne è seguita ha evidenziato due polarità, da una parte la coppia quotidianità/ordinario, dall'altra la coppia avventura/straordinario con evidente enfasi su quest'ultima a scapito dell'altra. Si è resa necessaria una correzione cercando di valorizzare l'attività quotidiana e cioè tutto il lavoro di preparazione dell'escursione e l'elaborazione della stessa a posteriori, evidenziando elementi emotivi ritenuti minori rispetto all'emozione intensa provata durante la gita stessa.

È così iniziato un lavoro sul ricordo fondato sull'osservazione delle fotografie scattate in montagna con l'intento di mantenere viva la memoria, soprattutto emotiva, dell'evento vissuto, cercando di superare quei vuoti che i nostri pazienti schizofrenici provano.

È un'opera di sedimentazione dell'esperienza ottenuta attraverso i ricordi, la preparazione puntuale dell'evento, la verifica del materiale tecnico, la consulta-

zione degli esperti; si cerca d'innestare vitalità costruendo una trama riabilitativa basata su un ritmo: dentro-fuori, ordinario-straordinario, quotidianità-avventura, ogni elemento non può prescindere dall'altro. Alla riduzione delle gite è così corrisposto un aumento degli incontri in sede, uno a settimana, tutte le settimane.

Un gruppo riabilitativo deve fondarsi su più figure, professionali e non professionali, quali volontari, tirocinanti, esperti di settore, e deve proporsi come una "costellazione riabilitativa" che, al centro colloca l'utente.

Come scrive R. Piccione: "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 [...]".

Nel nostro caso ciò ha significato dotare il gruppo di risorse variegata capaci di discutere e di far discutere cioè 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, come accennato in precedenza, svolgono un ruolo di mediazione tra utenti ed esperti, dando continuità alle esperienze vissute nello spazio protetto della CTR 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.

È chiaro che tale ruolo in un'attività escursionistica con fini "riabilitativi", deve essere svolto dagli operatori professionali, ma anche le figure non professionali entrano in gioco per quello che riguarda momenti inerenti alla relazione umana. Il nostro è un gruppo composito formato da esperti della montagna dotati di spiccate capacità relazionali e comunicative in grado di garantire in campo aperto sicurezza, ovviamente, ma anche trasmissione di saperi ed entusiasmi.

Alcuni volontari si contraddistinguono per essere dei "narratori efficaci" che dentro le quattro mura creano aspettative sulle future avventure e rievocano passate emozioni creando atmosfere da "caminetto".

Dai tirocinanti ci aspettiamo curiosità per il non scontato, il saper "fare gruppo", il non temere di mostrarsi inesperti, spirito di adattamento creativo e di aggregazione. Lo scopo è anche quello di allargare il gruppo agli amici degli amici, in grado di riconoscere e rispettare, naturalmente, il contesto.

L'insieme di utenti, operatori, esperti, volontari, tirocinanti, possono creare, come è successo a noi, una cultura, un linguaggio, un modo di camminare comune che si trasmette di anno in anno e da soggetto a soggetto, al di là delle effettive presenze del momento.

Credo che il lavoro riabilitativo svolto in un ambito montano, la cosiddetta "montagnaterapia", vada inteso non solo come un'attività per promuovere

l'acquisizione o riacquisizione delle competenze sociali e relazionali perdute o mai possedute, ma anche come un'esperienza globale ove corpo e mente tendenzialmente si uniscono.

A. Correale dice: “[...] mi sembra che nel momento in cui noi pensiamo alla montagna non come competenza ma come esperienza vissuta, si vada sempre più affermando l'idea di una riabilitazione come ‘luogo’ dove si permette a delle persone di sperimentare esperienze globali ripetute. [...] il concetto di esperienza va al di là del concetto di competenza, prima di tutto perché implica una dimensione inconscia, ma più ancora perché implica una dimensione globale.”

Penso anche che frequentare le montagne non possa ridursi a un insieme di tecniche facili o difficili da padroneggiare e da insegnare/apprendere, perché raggiungere la cima o tentare di raggiungerla rappresenta anche un inspiegabile piacere, di assoluto coinvolgimento con l'ambiente circostante.

Teniamo conto che, come scrive Giorgio Villa, “I nostri pazienti, soprattutto quelli schizofrenici, pensano in termini sacrali e, quindi, non possiamo non renderci conto che andando in montagna ci imbattiamo in delle forze potenti e che il rapporto tra micro e macro cosmo si rende immediatamente evidente.

È così che in montagna si scopre la capacità di pensare in termini poetici o di scoprire dei temi portanti della nostra esistenza perché quel percorso è propriamente un pellegrinaggio da sotto a sopra”.

Bibliografia essenziale

- A. Correale, *“L'infinita della montagna come infinita sostenibile”*, in *Atti del Convegno “Curare a cielo aperto, la montagna come risorsa psicosociale trasformativa”*, Roma, 2001 (in via di pubblicazione).
- F. Catozzi, P. Tulli, *“Alcune riflessioni sul ruolo dell'educatore all'interno di un servizio ipartimentale di salute mentale”*, in *Quaderni SFEC*, n.3, pagg. 5-16, Edizioni Seam, Roma, 1993.
- R. Fadda, *“Spunti per un'integrazione critica tra teoria pedagogica e psichiatrica”*, in A. Porcheddu [a cura di], *Gli incontri mancati. Materiali per la formazione del pedagoga*, Unicopli, Milano, 1994.
- R. Lombardi, *“Libertà del corpo e libertà dal corpo”*, in *Montag*, n. 3, pagg. 133-143, Edizioni Fahrenheit 451, Roma, 1997.
- F. Manieri, *Ordini prassi saperi della formazione*, Anicia, Roma, 2001.
- R. Piccione, *Manuale di Psichiatria*, Bulzoni, Roma, 1995.
- P. Priorini, *Attività estreme e stati alterati di coscienza*, Carabà, Milano, 2001.
- G. Villa, *“L'uomo e la montagna nella cultura”*, in *Atti del Convegno “Curare a cielo aperto, la montagna come risorsa psicosociale trasformativa”*, Roma, 2001 (in via di pubblicazione).

1.5. Camminare tra cielo e terra - Psichiatria e movimento

PAOLO DI BENEDETTO

In questi anni l'esperienza riabilitativa escursionistica in alta quota mi ha suggerito di cercare all'interno dell'elaborazione psichiatrica e psicanalitica alcuni elementi teorici che potrebbero rappresentare concetti basilari su cui fondare la pratica clinica: uno di questi caposaldi è il tentativo di formulare una pulsione definita "viatoria", intrinseca all'uomo, che lo spinge a cercare qualcosa fuori di sé, in una relazione profonda con l'Altro.

Secondo Freud l'uomo si indirizzerebbe verso la dimensione verticale, quella del cielo, quando i suoi desideri non si realizzano in modo pieno e soddisfacente sul piano orizzontale delle relazioni umane: l'elevazione spirituale nascerebbe così da una frustrazione dei desideri mondani per cui tende a compensare questa frustrazione attraverso la ricerca o la costruzione di un rapporto con qualcosa altro da sé cui affidarsi.

In Freud, che non pensava alla presenza di una pulsione costitutiva dell'essere e insita nel sistema pulsionale, non ci sarebbe traccia di una pulsione viatoria che spingerebbe l'uomo a sondare l'insondabile.

L'uomo però passa dalla transumanza alla trascendenza, dalla condizione animale alla condizione umana solo con l'avvento del regno spirituale e civilizzatore del Padre: il riconoscimento della funzione paterna, il suo imporsi con la sua esigenza di rinuncia al soddisfacimento sensoriale, esercita un influsso sulla crescita spirituale e sul progresso culturale dell'uomo: l'uomo può così votarsi al regno dello spirito e della cultura in opposizione all'esigenza della natura.

L'uomo sostenuto dalla funzione paterna si distoglie dall'inciviltà del legame con la madre terra per orientarsi verso un'etica della ricerca: la stazione eretta, generata da questa pulsione, lo proietterebbe verso un orizzonte che si scontra con le esigenze mondane.

È una prospettiva nuova che si basa sull'idea che l'uomo si volge primariamente allo spazio prima che verso la madre terra, come se lo animasse una spinta antincestuosa che fa da contrappeso al desiderio di possedere l'oggetto materno: l'avvento della figura e della funzione paterna non farebbe altro che alimentare eticamente questa germinale tendenza.

Mi auguro che quanto sostengo non venga banalmente tacciato di una fantasia mistico teologica, perché la filogenesi e l'ontogenesi confermano questa ipotesi psicodinamica.

La teoria di Szondi (che con Lacan, Pankow e Dolto rappresenta il mio strumentario in psichiatria) mi incoraggia a sostenere questa tesi: Szondi afferma che ci si affranca da un destino di costrizione attraverso la scelta che apre sistolicamente alla realizzazione del proprio potenziale mistico-dinamico.

Se le pulsioni non contenessero, come noi sperimentiamo nella nostra pratica clinica, questa opzione di liberazione dalla costrizione, l'Io non potrebbe compiere il prodigio dello sviluppo e l'uomo sarebbe votato, come una mandria, alla transumanza.

Noi sperimentiamo costantemente che l'angoscia si situa nel luogo stesso della mancanza, nel luogo dell'essere: è un segnale di allerta che insorge quando la mancanza manca.

L'angoscia non sopravviene perché al soggetto viene meno o ha perso un oggetto: non è il distacco a provocare angoscia, non il sottrarsi (fort-da) più o meno ritmico della madre a generare angoscia (se mai, l'uomo gode dell'assenza-presenza), ma l'impossibilità stessa della mancanza che si produce quando la madre sta troppo addosso fino a soffocarlo.

L'angoscia non sorge dalla perdita di oggetto, ma quando ce n'è troppo di oggetto. Non è un caso che il nevrotico teme che le cose gli riescano, che tutto funzioni. "Un po' d'aria" si dice, quando tutto è pieno, ordinato.

Lacan, a partire da *Lutto e Melanconia* di Freud, pone una domanda: Chi è l'altro? e in risposta a questa domanda costruisce il concetto di "oggetto a" (*petit a*), l'oggetto causa del desiderio. L'Oggetto di cui porto il lutto è un corpo, un'immagine, un soffio, una voce, un prodotto del pensiero. Lacan costruisce l'"oggetto a", una lettera, una non risposta, l'assenza di risposta a una domanda insistente, il sito opaco della nostra ignoranza⁴³. Questo "oggetto a" è l'oggetto della pulsione viatoria, di questa dimensione pulsionale che ci spinge a considerare la montagnaterapia un trattamento per l'uomo.

Nel corso di quest'anno abbiamo costruito molti percorsi, si sono succeduti molti sentieri della creazione. Il tutto in un'atmosfera ritmica di particolare intensità.

Lo psichiatra tedesco Hans Prinzhorn, che aveva lavorato a Heidelberg con i pazienti psicotici, si era occupato di creazione estetica, *Gestaltung*. Questo termine da lui molto usato, è traducibile con "l'azione di mettere in forma". Prinzhorn non ambiva a circoscrivere differenze tra malati di mente e normali, ma cercava di afferrare il senso e il significato di ciò che si tratta quando si fabbrica qualcosa. La creazione ha a che vedere con crescita, creare, concreto: in questo

⁴³ Le tre possibili risposte descritte da Lacan sono:

Dimensione immaginaria: l'altro come immagine – Nella persona amata si ama la nostra stessa immagine;

Dimensione fantasmatica: l'altro è un corpo che prolunga il nostro;

Dimensione simbolica: l'altro come tratto che condensa una storia che veicolerebbe il tratto comune degli esseri umani – Freud in *Psicologia di massa e dell'io* distingue tre forme di identificazione e in particolare quella che unisce un soggetto con un tratto della persona amata. Amiamo chi porta il tratto della persona amata e il marchio persiste dal primo ai successivi partners. Il marchio è il tratto e il tratto siamo noi. Il soggetto è il tratto comune di tutti gli esseri amati e perduti nel corso della vita; Lacan lo designa come tratto unario.

senso, il termine *Gestaltung* era un termine d'avanguardia, un dinamismo, un movimento. Per Prinzhorn la *Gestaltung* è un insieme di pulsioni⁴⁴.

Nell'articolazione delle sei pulsioni è condensato il concetto di stile, il modo di fare. C'è sempre un'omeomorfia tra quel che è creato e la personalità di chi crea. Lo stile è lo stile della personalità.

Quel che fabbrica, che produce per via della dissociazione e della indistinzione tra sé e l'altro, è se stesso al punto che lo stesso Freud diceva nel 1910 in *Osservazioni su un caso di paranoia* che "la formazione delirante che noi consideriamo il prodotto della malattia, costituisce in realtà il tentativo di guarigione, di ricostruzione". Weizsacker, che avrebbe introdotto il termine di "patico" (luogo dei sentimenti, delle sensazioni primordiali dove non c'è dominazione, in opposizione a "gnosico"), diceva che la malattia stessa è uno sforzo per guarire. Il patico è dell'ordine del verbo, nel patico riposa il ritmo e la cadenza.

La montagna e il suo ambiente hanno fatto da paesaggio a questo incessante tentativo di messa in forma e di creazione di un ritmo. Tutti i lunedì di quest'anno noi ci siamo incamminati verso la nostra montagna alla ricerca di una costante messa in forma e di un ritmo, di un ritmo di fondo.

Vivere è questione di ritmo. Anche curare in psichiatria è questione di ritmo. Si parla spesso di "presa in carico". Noi tutti abbiamo questa esperienza di pazienti che vengono visti in maniera regolare, ogni mese o anche più frequentemente, da dieci, venti, trenta anni; e se, per caso, si trascura questo incontro, che spesso può sembrare inutile, inefficace, può generarsi un effetto catastrofico. Questa cadenza regolare permette al soggetto di continuare a vivere.

Lacan, a proposito degli incubi, diceva che è esattamente nel momento in cui il sogno va a toccare il reale che il soggetto si sveglia. Si tratta appunto di preservare questo punto acuto del reale negli incontri.

È questa per noi la "presa in carico"; non è portare il soggetto sulle nostre spalle come San Cristoforo nel guado, ma permettergli di accedere a un "aperto", a un "orizzonte", di mettersi in questione.

Questo lavoro ha bisogno di una presenza da parte di tutti i "terapeuti": psichiatra, psicologo, fisioterapista, infermiere, ausiliario, assistente sociale, guide, esperti, uomini in sofferenza, a condizione che esistano delle disposizioni che

⁴⁴ a) *La pulsione di decorazione* (ammassare e costruire, gli schizofrenici non sopportano il vuoto);
 b) *la pulsione di ordinamento* (mettere a posto le cose);
 c) *la pulsione di imitazione* (imitazione narcisistica);
 d) *la pulsione di messa in forma e di manifestazione*;
 e) *la pulsione di simbolizzazione* (far accedere il materiale in un altro campo);
 f) *la pulsione di gioco* (un'impossibilità a giocare nel senso di Winnicott, far emergere qualcosa affinché vi sia gioco, un certo vuoto affinché qualcosa possa giocare; i vacuoli del citoplasma).

permettano questa forma di autenticità della presenza, che Winnicott riteneva fondamentale, definendola come *sentimento costante di esistere* che si manifesta anche e specialmente nella discontinuità della vita.

Ma il discontinuo obbedisce a un certo ritmo che rinvia al luogo e allo spazio. Ciò che è dunque in questione, è il *movimento*, in quanto passaggio da un luogo all'altro, dalla cinetica alla distinzione, alla differenza.

Nella locandina del convegno dei gruppi di lavoro dei DSM della Regione Lazio di alcuni anni fa è riportata una frase di Cézanne che indicava nel paesaggio il luogo privilegiato della presenza dell'uomo e della sua storia, che il nostro inconscio ignora dandogli il nome di natura, ma si tratta di una metafora: quella dell'universo e dell'immagine del corpo.

È per questo che l'esistenza è concepibile solo se si prende in considerazione il concetto di incarnazione: lo stesso problema dell'origine non smette di interrogare l'uomo come l'orizzonte immobile e sfuggente che ci seduce guardando dai nostri monti verso il Tirreno.

Perché l'origine? In questi mesi, lungo i sentieri della nostra catena montuosa, mi sono chiesto cosa ci spinga insieme alla nostra guida verso luoghi che non conoscevo fino a trovarci con lo stupore negli occhi. È per questo motivo che ho parlato di *mania viatoria*. "Tu, o Dio, hai scelto l'uomo perché si tenga eretto al tuo cospetto", questa è la preghiera recitata nello Yon Kippur. Questa posizione eretta permette la metamorfosi della locomozione: l'uomo si distingue dall'animale non solo per il linguaggio, ma per la sua *cinesi*. Prima di essere *faber* l'uomo si è fatto *itinerans*.

Giacometti trova nell'*Uomo che cammina* uno fra i motivi principali di ispirazione: l'uomo cammina per natura, ma alla cieca, in preda a un'inquietudine. Questa fibrillazione viatoria ha due ordini di trascinamento che contraddistinguono l'uomo: il pulsionale e il religioso.

Ricordiamo solo che il concetto di pulsione per Freud emerge nel confine tra corpo e spirito e si descrive nella distinzione delle sue determinanti: *spinta* (essenza), *meta* (soddisfacimento), *oggetto* (ciò attraverso cui si raggiunge la meta), *fonte* (processo somatico di eccitamento corporeo e stimolo per la vita psichica).

Lacan spiega che la pulsione descrive nello spazio una traiettoria da un organo (orifizio) per poi far ritorno all'origine e in questa impuntura l'oggetto è preso come in un laccio. Le pulsioni sono caratterizzate da un sito, un orifizio sfinteriale, in grado di aprirsi e chiudersi e che definisce un limite tra il corpo del soggetto e il corpo della madre, cioè l'Altro. Ad esempio, il contorno delle labbra è la frontiera che riunisce e separa la bocca dal seno.

La pulsione viatoria ha una sua *spinta* (richiamo dell'Altro), un *oggetto* (lo spazio): si parte con uno strappo angosciante dal luogo di origine per farne

ritorno), una *meta* (l'incontro con l'Altro), una *fonte* (la pianta del piede che calca il terreno, luogo limite tra il corpo del soggetto e quello della madre, in un movimento di apertura e chiusura secondo un ritmo podalico sisto-diastolico). Lo stesso Freud fu affascinato dalla *Gradiva* di Jensen, da questa donna avanzante.

La pulsione sorge dalle richieste dell'Altro. Tutti i miti di fondazione sono contrassegnati dal viaggio e il tema del viaggio è presente in molti racconti cosmogenetici. Il viaggio indica l'andare da un luogo a un altro, la traslazione da un punto di origine a una meta: concetto rigorosamente spaziale che descrive però fenomeni temporali.

Ciò potrebbe non essere scientificamente corretto, ma è un espediente espressivo per cui il tempo è descritto in termini di spazio, il viaggio come metafora dell'esistenza (*Samarcanda, Esodo, Il Signore degli anelli, Il Milione, Apollo 13*) è un'esperienza di sempre più singolare perché getta un ponte tra spazio e tempo, passato e futuro, causa e fine, soggetto e mondo: *symbolon*, cioè connessione tra due oggetti.

La letteratura viatorica si distingue in resoconti di viaggio (*travel literature*: dalle *Storie* di Erodoto, l'*Anabasi* di Senofonte, *Il Milione* di Marco Polo, alle guide e alle riviste turistiche) e racconti viatori fantastici (*imaginary voyage*: *Esodo, Odissea, Eneide, Gulliver, Robinson Crusoe*, i romanzi di Verne e Salgari), tra narrazione realistica e racconto fantastico.

E come non ricordare la dimensione viatorica propria della religione? Nell'antropologia e nella religione appare il ruolo costitutivo del viaggio (San Paolo, Abramo, Mosè e l'*Esodo*, nel mistero della natività), dove ogni atto della vita è un viaggio intrapreso senza meta prefissata, con un'intensa angoscia, su un appello di Dio.

Nella contaminazione tra immaginario e reale si svolgono i vagabondaggi e gli *acting out* di coloro che nella loro instabilità esistenziale e strutturale si muovono in un incessante spostamento verso un vuoto fino a coloro che si perdono fino alla clandestinità: è la clinica del viaggio (la fuga degli adolescenti, degli emarginati, degli smarriti di cuore) una fuga che rappresenta, come per il delirio, un tentativo di saldatura di una frattura primordiale rimasta muta, come un crepuscolo senza aurora.

Espressione fenomenologica di questo bisogno di trascendenza, la pulsione viatorica è il substrato indispensabile per il compiersi del viaggio, questa spinta è alla base della cinesi che introduce nel campo psichico la categoria dello spazio come luogo dell'Altro.

Questa pulsione viatorica si pone nello spartiacque tra cultura e natura: è il significante del Nome del Padre. L'assenza strutturale del Nome del Padre spinge il soggetto a tentare una ricostruzione del significante paterno mancante o debole.

Nell'agorafobia Freud colse un'equivalenza tra il suolo materno e la madre terra, che l'anoressico dello spazio teme di calcare: camminare esplicita la dialettica piede-suolo, madre-soggetto, mentre lo spazio è la figura primordiale dell'Altro verso cui ci incamminiamo. Camminando l'uomo enuncia il significante paterno, il Nome del Padre, si erige sul corpo della madre e si libra verso il padre, come abbiamo visto fare ai nostri bambini quando hanno coraggiosamente e con giubilo abbandonato l'appoggio materno per trovarsi nelle braccia del padre.

Il viandante non è né un vagabondo alla ricerca dell'Altro né un pellegrino, ma una persona che fabbrica del paterno e così facendo combatte la deriva che lo minaccia e lo attrae. Tosquelles per descrivere la psicosi parlava spesso di un collasso della trascendenza, di un collasso della verticalità, di un marasma della dinamica sistolica e diastolica dell'io, dell'economia tra essere e avere. Questa autocostruzione, questa messa in forma trae impulso dalla pulsione viatoria e si compie da e verso l'Altro con la mediazione del linguaggio.

La pulsione viatoria è il punto di ancoraggio di due versanti. La dimensione dello spazio introdotta da questa pulsione nel campo psichico, come figura privilegiata del grande Altro, permette al soggetto di abitare e spostarsi senza naufragare nell'infinito di questo spazio.

Concludo questo tentativo di teorizzazione rilevando come questo percorso riabilitativo ci permettesse di incorporare questo significante paterno sia mentre ci inerpavamo lungo i sentieri dei nostri monti, sia scivolando sul manto nevoso delle nostre piste, così come fanno ogni volta i nostri alpinisti, le nostre guide, gli incamminati di questa e delle altre generazioni.

Allego alla relazione alcune immagini letterarie che permettono di comprendere come il camminare rappresenti un elemento di grande elaborazione nella storia dell'uomo.

“I poeti sono i misconosciuti legislatori del mondo.”

(Percy Bysshe Shelley)

“Il paesaggio brulica di significanti e rinvia alla cultura degli uomini, alla traccia della loro presenza, della loro storia che il nostro inconscio ignora dandogli un concetto di natura. La visione del paesaggio che si ammira da questo luogo terminale è la metafora dell'universo e il riflesso dell'immagine del corpo.”

(Paul Cézanne)

“Non è davvero straordinario vedere che quando l'uomo ha cominciato a camminare nessuno si sia domandato perché cammina, come cammina, se cammina, se può farlo meglio, ciò che fa mentre cammina... Questioni attinenti a tutti i sistemi filosofici, psicologici e politici di cui si è occupato il mondo.”

(Honoré de Balzac)

“La poesia, la pittura e il giardinaggio o scienza del paesaggio saranno considerate per sempre dagli uomini come tre sorelle o le tre nuove Grazie che rivestono e abbelliscono la natura.”

(Horace Walpole)

“Secondo un’usanza eschimese, si può sfogare la collera camminando in linea retta nel paesaggio. Il punto in cui la collera è stata dominata, segnato da un bastone, testimonia la forza o la portata del turbamento.”

(Lucy Lippard)

“Integro è invece il mio cammino; riscattami e abbi misericordia. Il mio piede sta su terra piana [...]”

(Salmo 26, 11-12)

“Come in sassi incespico in parole [...]”

(Charles Baudelaire, Le soleil)

“Quanto più i pellegrini si allontanano dal loro mondo quotidiano tanto più si avvicinano al regno del divino. Come non ricordare che la parola giapponese per cammino è la stessa usata con riferimento alla pratica buddista: il fedele è colui che cammina, che non dimora in alcun luogo, che abita il vuoto.”

(Allan G. Grapard)

“Ripercorrere lo stesso itinerario è come ripensare gli stessi pensieri, come se in realtà pensieri e idee fossero oggetti collocati in un paesaggio.”

(Rebecca Solnit)

“Agli inizi degli anni ’40, Parigi era a sei giorni di marcia dalle frontiere, a tre ore di automobile e a un’ora di aereo. Oggi la capitale è a qualche minuto da qualsiasi punto della sua fine.”

(Paul Virilio, Velocità e politica)

“Nel prossimo secolo la linea generale di tendenza sarà quella di lavorare a casa, fare acquisti da casa, guardare film a casa e comunicare con gli amici tramite videotelefono, e-mail. È come se il progresso della scienza si fosse riproposto un unico scopo: evitare di toglierci il pigiama.”

(San Francisco Chronicle)

“Alcuni camminano con tutti e due gli occhi fissi verso la meta: la vetta più alta, la pietra miliare, la linea del traguardo. Anticipare la fine del viaggio rinforza la motivazione. Ma io che tendo a distrarmi con facilità, viaggio in modo un po’ diverso: un passo alla volta concedendomi molte pause. A volte le pause divengono soste che in un punto qualsiasi possono durare da poche minuti a

qualche ora: nell'affrettarci per raggiungere mete che non abbiamo scelto, spesso dimentichiamo di chiederci cosa abbiamo perso. Ora in genere cammino verso un'unica meta: incontrare la persona all'altra estremità del sentiero.”

(*Hannah Nyala, L'ultima traccia*)

“Tutti questi artisti del camminare hanno realizzato la profezia espressa da Kaprow nel 1958: ‘Scopriranno il significato della normalità dalle cose normali. Non cercheranno di renderle straordinarie, ma ne stabiliranno il significato reale. Ma da questo troveranno lo straordinario’.

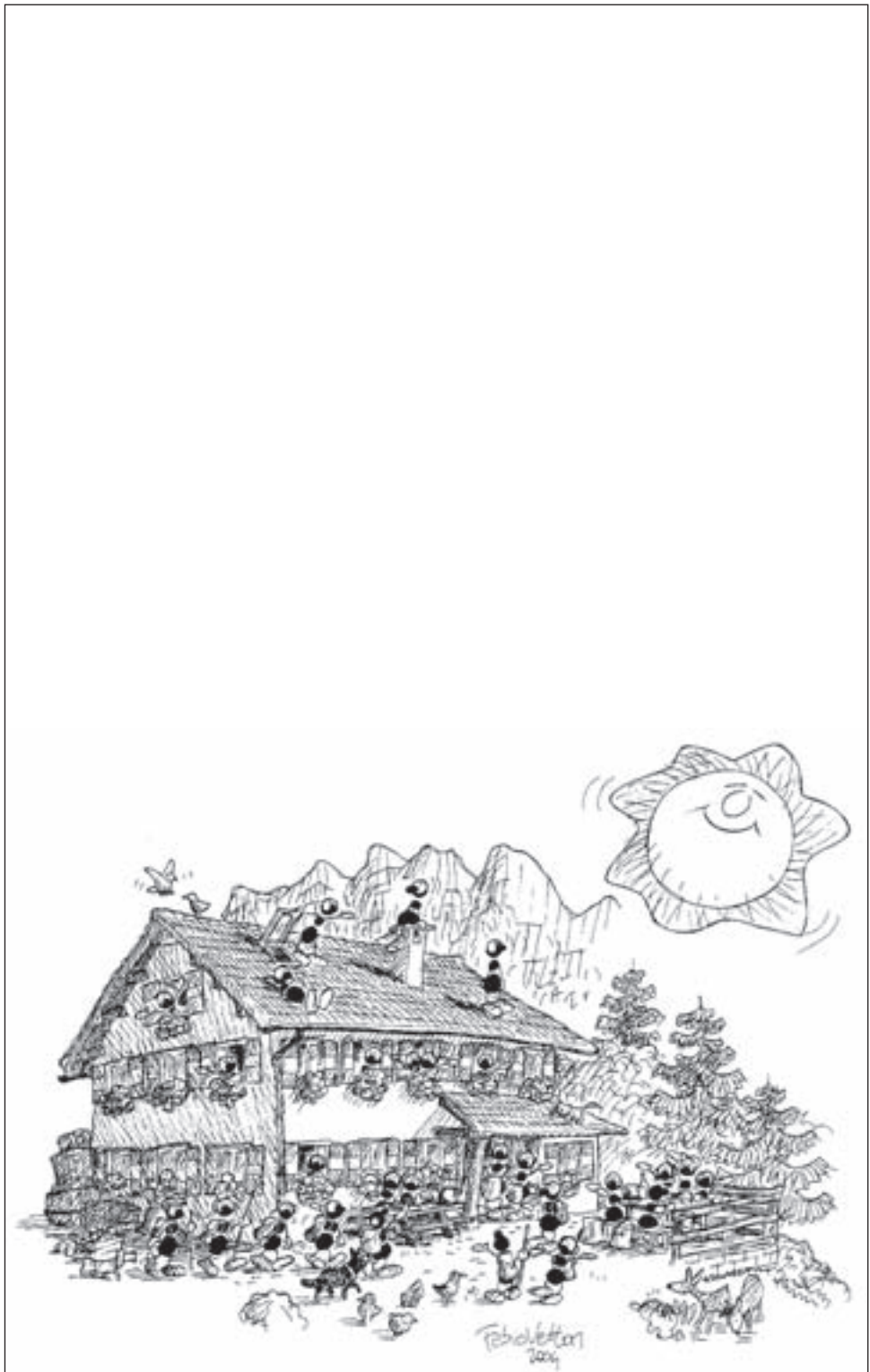
Il camminare come arte richiama l'attenzione sugli aspetti più semplici dell'atto: il camminare rurale misura il corpo e la terra, mentre il camminare urbano produce incontri sociali imprevedibili. Il camminare rimodella il mondo mappandolo, tracciandovi dei sentieri, incontrandolo. Rousseau sosteneva che non riusciva a pensare senza passeggiare e lo faceva nel Bois de Boulogne. Il saggio di Therwall del 1793 *The peripatetic* ricorda che gli antichi camminavano per pensare: il colonnato, il porticato diede il nome alla scuola. Quando gli Eleati vollero negare il movimento lo stesso Diogene ritenne di confutarli, semplicemente passeggiando davanti a loro, in totale silenzio

Camminare ha creato sentieri, strade, ponti, architettura, geografia, giardini, politica e cultura fino alla letteratura e la sessualità. Camminare è un atto volontario vicino ai ritmi involontari (respiro e battito cardiaco), è uno stato in cui la mente, il corpo, il mondo sono allineati, in congiunzione come le note in un accordo. Il ritmo del passo genera il ritmo nel pensiero e il tragitto nel paesaggio evoca o stimola un tragitto nel corso dei pensieri. Camminare è un'attività viva specie per i pensatori. Camminare dovrebbe essere denominato movimento, itineranza e non viaggio. È il movimento, come la vista davanti ai nostri occhi, a far accedere le cose alla mente ed è questo che rende il camminare ambiguo e fertile perché conduce altrove, ad altri argomenti, alla divagazione.

Camminare permette di capire il corpo in relazione al mondo: quello che si muove è il corpo ma ciò che cambia è il mondo. Nel mondo postmoderno il corpo non trascorre più il tempo all'aperto ma è come deprivato nelle case. C'è un'atrofia dell'incarnazione, per cui il corpo è passivo biologico, sessuale ma non c'è più lo sforzo fisico, non è più collocato nello spazio e nel tempo ma delimitato nella percezione e nella conoscenza. L'attuale terminologia di viaggio, nomadismo, frontiera, emigrazione, esilio è un concetto più vicino allo sradicamento, camminare invece restituisce il corpo ai suoi limiti originari (flessibilità, sensibilità, vulnerabilità) e concorre alla costruzione e al vissuto del mondo.

Camminare, fabbricare e lavorare sono una modalità di conoscenza del mondo attraverso il corpo e del corpo attraverso il mondo. La coscienza, il corpo nei suoi tratti anatomici – colonna vertebrale, foramen magnum – sono legati, come il vacillamento proprio del camminare sfiora sempre, nel rischio della caduta, l'orlo della catastrofe.”

(*Rebecca Solnit*)



Schede tecniche

2.1. Approcci e tecniche nell'affrontare le nostre uscite.

PAOLO CALZÀ

Esporrò di seguito alcuni consigli utili per organizzare e affrontare le vostre uscite. Prima di entrare nel merito delle singole attività, inizio con un breve elenco di suggerimenti applicabili nell'affrontare qualsiasi uscita.

- *Pianificazione dell'uscita*: organizzare il percorso, dalla partenza al ritorno a casa (località, tempi di percorrenza, dislivelli);
- *Studio del territorio*: scegliere gli itinerari (tramite libri, guide, carte topografiche, esperti locali) e valutare l'impegno richiesto (pendenza, esposizione, prossimità di creste, morfologia e situazioni mutabili);
- *Informazioni meteorologiche*: conoscere le previsioni meteo per la giornata programmata e informarsi sulle probabili evoluzioni (perturbazioni, temporali, bufere, nebbie, ecc.);
- *Fattore umano*: valutare il numero, le capacità, la disciplina, la condizione fisica e psichica, l'esperienza alpina e l'equipaggiamento delle persone che partecipano all'uscita;
- *Materiali*: preparare le attrezzature che verranno utilizzate nell'uscita (abbigliamento, zaino, bevanda, cibarie, kit di pronto soccorso, ecc.).

Escursioni

Prima di partire dovete cercare di “creare gruppo”. È essenziale che ci sia una persona carismatica che funga da *leader*, in grado di controllare l'attrezzatura, di far fronte ai diversi problemi delle persone e, soprattutto, di sdrammatizzare qualsiasi evento imprevisto e di far notare le belle cose che l'ambiente offre.

È necessario camminare mantenendo il gruppo sempre unito, percorrendo 200-300 metri di dislivello/ora. In media ogni ora vanno effettuate pause per poter bere e recuperare il fiato. Vanno date delle indicazioni di orientamento

e topografia (dove ci troviamo adesso?). Nei tratti di tragitto esposti bisogna prendere delle precauzioni, posizionandosi in modo da costituire una barriera protettiva o sistemando un spezzone di corda come passamano.

Bisogna saper ridare fiducia nei momenti di difficoltà e prendere decisioni quando la situazione lo richiede. Va spiegato bene che non è il caso di portarsi l'intera casa in uno zaino enorme e che è meglio portare l'indispensabile in uno zaino piccolo: meno peso vuol dire meno fatica e meno energie sprecate.

Attrezzature consigliate: scarponcini, giacca a vento, maglietta e maglione in *pile*, guanti e berretto, zainetto (massimo 30 litri), bastoni per camminare, bottiglietta d'acqua, spuntino, macchina fotografica.

Arrampicata

È un'attività dove ci si mette parecchio in gioco, soprattutto sotto il profilo psicologico. Il dover provare un determinato passaggio a diversi metri da terra è quello che fa decidere sulle scelte da farsi e, soprattutto, quello che ci ricompensa d'essere lì.

Si utilizzano schemi dei corsi base d'arrampicata: spiegazione dell'attrezzatura (corde, imbracci, moschettoni, sistemi di assicurazione) e loro utilizzo.

Tecnica e pratica: partendo dal movimento in terreno orizzontale e passando gradualmente a quello verticale, si utilizzano sistemi per capire il significato dell'equilibrio e della motorietà (cubetti con diverse sistemazioni, per salirci uno dopo l'altro non con un movimento continuo, ma ricercando passo dopo passo il proprio equilibrio). Nell'arrampicata l'insegnamento della tecnica si svolge per gradi. Dobbiamo cercare il terreno ideale per ogni esercizio, partendo da un terreno inclinato e possibilmente senza appigli, per poter utilizzare maggiormente i piedi nel capire le sensazioni (punto primario per l'equilibrio e la motorietà); man mano che aumenta la pendenza, aumenta l'impegno richiesto.

I tre elementi fondamentali dell'arrampicata sono:

1. *impegno fisico* (utilizzo completo della capacità motoria del corpo);
2. *impegno motorio* (capire ed eseguire le sequenze dei movimenti necessarie per la salita della parete);
3. *impegno psicologico* (fattore importante per la concentrazione e, soprattutto, per dominare le nostre paure e indecisioni).

Questi tre elementi devono operare assieme e, nei momenti critici, devono riuscire a trovare un equilibrio tra loro: questo significa riuscire a capire come funziona il nostro corpo, significa esperienza.

L'arrampicata risveglia sensazioni che possono sembrare nuove, ma sono le stesse che abbiamo provato quando abbiamo fatto i primi passi nella nostra vita. Sicuramente è uno sport che mette in gioco forti emozioni, che pone di fronte a momenti decisionali e in cui il fattore psicologico gioca un ruolo fondamentale. Proprio per questo, in altre nazioni l'arrampicata è insegnata nelle scuole.

Si consiglia di intraprendere il corso con una guida o un istruttore.

Attrezzature consigliate: corda, imbragatura, scarpe d'arrampicata, casco, serie di moschettoni "rinvi", assicurazione "gri-gri", moschettoni a ghiera, ecc.

Vie attrezzate

Con questa attività si intraprendono i primi movimenti sul terreno verticale, dove si utilizzano cordini d'acciaio e altre attrezzature per superare i passaggi più difficili della parete (consiglio di fare prima un corso d'arrampicata).

Il gruppo deve essere molto unito. L'utilizzo e la buona conoscenza dell'attrezzatura sono basilari, ma consiglio di formare una cordata per esser sicuri di poter controllare qualsiasi problema all'interno del gruppo. Le cordate non devono essere numerose, per problemi di gestione del gruppo e per tenerlo più facilmente sotto controllo. Si comincerà con percorsi attrezzati facili e abbastanza veloci, per osservare il comportamento del gruppo in quest'attività.

Si consiglia di intraprendere l'uscita con una guida o un istruttore.

Attrezzature consigliate: corda, imbragatura, casco, completo dissipatore.

Alta montagna

Sicuramente è l'ambiente di riferimento. Quando si parla di montagna, noi alpinisti pensiamo ai nostri ricordi, alle grandi avventure vissute sui ghiacciai, tra pareti di grandi montagne; e questo è ciò che vogliamo far vivere anche al nostro gruppo: sensazioni, esperienze, emozioni che lasceranno un ricordo indelebile per tutta la vita.

Finché restiamo su di un sentiero, non servono spiegazioni particolari per muoversi, basta seguire le indicazioni date per le escursioni. Ma quando ci muoviamo sul ghiacciaio abbiamo bisogno di corde, imbracature, ramponi e piccozze; perciò è necessaria la presenza di una persona esperta, guida alpina o istruttore d'alpinismo.

Fare l'esperienza di una notte in rifugio, conoscere il gestore, farsi raccontare aneddoti e storie di vecchi alpinisti... anche questi sono momenti indimenticabili.

Si consiglia di intraprendere l'uscita con una guida o un istruttore.

Attrezzature consigliate: abbigliamento e attrezzatura idonea

Attività invernale

Camminare sulla neve, vedere le montagne ricoperte dal manto bianco, fa cambiare completamente la visuale dell'ambiente che di solito si conosce; non esistono più i riferimenti, i sentieri spariscono, e l'ambiente è veramente emo-

zionante, anche se, sicuramente, aumentano i problemi.

È una delle attività in cui è necessario che il capogruppo sia veramente molto esperto. Non bisogna mai sottovalutare nessuna uscita, perché i problemi che crea la neve sono tutt'altro che trascurabili: basti pensare alle slavine. Lo sottolineo non per creare allarmismi, ma per raccomandare la massima attenzione; nella pratica si possono fare uscite anche quando il pericolo è molto alto, basta rimanere su terreni pianeggianti. Resta il fatto che molta gente sottovaluta questi problemi, spesso con risultati tragici. Camminare con le ciaspole, fare sci di fondo o scialpinismo, costruire una truna per ripararsi, sapersi orizzontare e scegliere la traccia ideale: queste sono alcune delle attività che si svolgono sulla neve.

Si consiglia di intraprendere l'uscita con una guida o un istruttore.

Attrezzature consigliate: abbigliamento e attrezzatura idonea, ciaspole, sci da fondo o da scialpinismo e tutta l'attrezzatura di sicurezza.

Utilizzare l'ambiente della montagna è la cosa più naturale e disponibile che esiste, anche se forse noi non ce ne rendiamo conto.

Noi uomini, come tutti gli animali, abbiamo bisogno di vivere, di muoverci, di risolvere i problemi che la natura ci pone, ma, soprattutto, abbiamo bisogno di esistere.

2.2. “Appoggio/Appiglio/Respiro”. Movimenti orizzontali e verticali; regolazione respiratoria ed emozionale⁴⁵

GIULIO SCOPPOLA

Introduzione e obiettivi

Viene proposta una esperienza didattica a forte connotazione senso-percettiva che conduce alla focalizzazione su differenti tipi di appoggio-sostegno e di appiglio-attaccamento; e che utilizza e sottolinea gli aspetti attentivi e di concentrazione sulle senso-percezioni ed emozioni, gli aspetti di equilibrio, i differenti tipi di respirazione e di controllo della tensione-rilasciamento, che accompagnano precedono o seguono il movimento in orizzontale e quello in verticale, in un ambiente naturale di montagna.

La sessione si propone di far sperimentare ai partecipanti queste dimensioni, scelte all'interno degli elementi tratti dal protocollo utilizzato in montagnate-

⁴⁵ Per la parte teorica e per le radici epistemologiche e la bibliografia di riferimento rimandiamo alla lettura di 1.3. *Dentro la montagna terapia: storia, radici, strumenti.*

rapia; con la facilitazione pratico-didattica di un formatore (con competenza psicologico-psichiatrica, psicoterapeutica ed educativa) e con l'assistenza tecnica e la collaborazione di una guida alpina o altro esperto di montagna; simulando così, nelle somiglianze e nelle differenze, il lavoro sul movimento in orizzontale e verticale e sulla respirazione che gli operatori svolgono o svolgeranno nell'ambito dei progetti di montagnaterapia con gli utenti.

La sessione si propone così alcuni obiettivi didattici di carattere metodologico. La formula è quella di provare, riflettere, imparare ad applicare, verificare. Viene realizzata e discussa una valutazione della sessione attraverso la verifica degli obiettivi proposti, condivisi ed esplicitati all'inizio del lavoro (verifica tramite semplice questionario).

Obiettivo di fondo: determinare un incremento e una estensione della consapevolezza del sé terapeutico ed educativo (come operatore di montagnaterapia) e della personale "esperienza di essere sé", in ambienti naturali e in gruppo. Questo attraverso un "allenamento" che sottende una visione dell'uomo (operatore e paziente) integrata: non più mente, corpo e ambiente, ma: "organismo bio-psico-sociale" (cfr. OMS).

La sessione utilizza fra le altre cose: il lavoro in gruppo, gli aspetti esperienziali a scopi didattici e formativi, la osservazione e l'auto-osservazione, la verifica, la videoregistrazione e l'utilizzo didattico e formativo del materiale della sessione, la respirazione completa in tre fasi, le tecniche di rilassamento, l'elaborazione di gruppo ed in generale i riferimenti teorici contenuti in 1.3. *Dentro la montagnaterapia: storia, radici, strumenti.*

La sessione è costruita per un numero di persone da 8 a 16 circa (paragonabile al numero dei pazienti di una sessione di montagnaterapia); si svolge in ambiente montano di media quota, in un tempo di circa 90 minuti, necessita di materiale tecnico per videoregistrare, e rivedere in gruppo ciò che è stato registrato; di una lavagna bianca o nera e/o fogli di carta grandi per scrivere e pennarelli; di appoggi mobili da collocare a terra (blocchetti di legno o sassi, o mattoni) e di appigli fissi in parete (naturali o artificiali, con una opportuna assicurazione per quando si sperimenta la "distanza da terra").

È necessario prevedere inoltre l'uso della corda, dell'imbragatura, eventualmente delle scarpette da arrampicata. La parete didattica, naturale o artificiale, utilizzata (equiparabile a quella da utilizzare con i pazienti) dovrebbe essere inclinata a circa 45°, per facilitare il passaggio dalla progressione orizzontale a quella verticale.

Si potranno utilizzare eventualmente materassini o stuoie per la respirazione e il rilassamento distesi a terra, eventuali cardiografimetri per il monitoraggio in tempo reale della frequenza cardiaca durante tutta la sessione (per la conoscenza del ritmo, utile per aumentare la consapevolezza di ciò che accade).

Svolgimento della sessione

Il conduttore (e l'esperto) invitano tutti in una disposizione in piedi raccolti in "cerchio"; segue introduzione sulla struttura del corpo (articolazione nel punto vita di "due triangoli" da utilizzare per l'appoggio e l'appiglio, ecc.); spiegazione della struttura della sessione e (ancora fermi), della respirazione completa in tre fasi (espirazione per circa 6 secondi, inspirazione per circa 9 secondi, trattenimento dell'aria per circa 12 secondi); esecuzione guidata di alcune sequenze respiratorie a scopo esemplificativo.

Si passa quindi a osservare e percepire (verbalizzazione delle proprie percezioni) il proprio corpo appoggiato e sostenuto su se stesso (con i suoi equilibri e tensioni); segue esercizio di percezione del movimento interno al corpo che questo tipo di respirazione determina in sé (ancora fermi in piedi); focalizzazione sulla percezione di calore auto-indotto; viene dato spazio all'espressione delle sensopercezioni e verbalizzazioni corrispondenti ed eventuali emozioni.

Inizio del cammino su terreno (sentiero) da pianeggiante a progressivamente ripido; pratica di differenti tipi di "camminata dell'attenzione" (cfr. V. Sanchez, *Usi speciali dell'attenzione*, Edizioni Il Punto d'Incontro, Vicenza, 1995, pagg. 144-155), con lo scopo di sperimentare l'attenzione, la memoria del passo che precede, la consistenza e tenuta dell'appoggio sul terreno naturale (eventuale sperimentazione a piedi nudi).

L'attenzione è sull'attrito del piede o della scarpa sui sassi/erba/terra del sentiero...; focalizzazione sulla percezione della modificazione della respirazione, sulla contrazione del tempo di durata delle fasi respiratorie e sul modificarsi del movimento, delle percezioni del corpo e dell'equilibrio dinamico (fatica). Spiegazione della progressione con lo "schema incrociato" (cfr. P. Caruso, *L'arte di arrampicare*, Edizioni Mediterranee, Roma, 1993) su terreno orizzontale.

Successivo trasporto (quando il sentiero è più ripido) di un peso di circa 3 kg (sasso o altro), da tenere con le due mani appoggiato lievemente al ventre (luogo in cui tendenzialmente si ritrova il baricentro di una persona in piedi che cammina); camminata con il peso; focalizzazione sulla pratica contemporanea della respirazione e sulla variazione dei ritmi, sull'equilibrio e sulla maggiore o minore difficoltà nella progressione (pausa).

A questo punto viene proposto di svolgere la pratica in silenzio (per maggiore concentrazione); di non utilizzare le mani per l'equilibrio e di percepire più chiaramente lo spostamento del baricentro nell'equilibrio dinamico della progressione.

Si possono fare alcune soste per spiegare ciò che si andrà a sperimentare e per esprimere i propri commenti (tratti dalle sensopercezioni ed emozioni) e le proprie osservazioni razionali e didattiche.

Si prosegue fino a giungere in un luogo in cui la ripidità del sentiero (parete) impone generalmente al gruppo l'uso massiccio degli arti superiori per mantenere l'equilibrio nella progressione. Spiegazione della progressione con lo "schema omologo" (cfr. P. Caruso, *cit.*) su parete verticale; e introduzione del concetto di forza di gravità maggiormente percepita; di distanza percettiva ed emozionale dal suolo, di "attaccamento".

La parete in cui esercitarsi dovrà inizialmente essere sufficientemente "appoggiata" (angolo di circa 45°). Senza strumenti di assicurazione viene sperimentato l'appoggio su piccole sporgenze e l'appiglio su piccole asperità o buchi nella roccia. Come per l'appoggio si focalizza l'attenzione sull'attrito del piede o della scarpa sulla roccia (o sugli appoggi artificiali); questo avviene da fermi e a circa un metro da terra. Anche in questo caso, lavoro sulle senso-percezioni e sulle emozioni (paura, fiducia, ansia, respiro...) espresse dai partecipanti.

Si passa quindi a introdurre la conoscenza e l'uso dei materiali per assicurarsi dai rischi di caduta (corda, rinvii, freno, imbragatura, casco...).

L'esperto ed il conduttore si alternano (senza sovrapporsi) nelle indicazioni da dare, nel lavoro di facilitazione dell'esperienza e di espressione dei partecipanti, a partire dalle rispettive competenze ed esperienze. Successivamente il gruppo viene spinto a sperimentare la progressione su parete verticale (ed eventualmente a strapiombo).

Anche in questo caso l'attenzione interna è sulla respirazione e sugli stati percettivi ed emozionali via via più significativi, con verbalizzazione in parete e/o successivamente a terra.

La sessione si chiude con una esperienza di "rilassamento muscolare progressivo" (cfr. E. Jacobson, 1938): stesi su terreno piano, a occhi chiusi, sperimentazione guidata degli stati tensivi e di rilasciamento dei diversi distretti muscolari a seguito del lavoro svolto.

Da ultimo, verifica della sessione con questionario sull'apprendimento e la soddisfazione dei partecipanti.

2.3. Proposte di esercizi fisici

DINO ERMINI

Premessa

In questa scheda sono consigliati alcuni esercizi fisici che permettono un miglior rapporto con il corpo anzi fanno "sentire" di possederlo. Partiamo dal presupposto ovvio, ma non scontato, che questo formi un'unica entità con quello che

definiamo “mente”. A tale proposito proponiamo un piccolo brano tratto da un'intervista data dal neuroscienziato Antonio R. Damasio a Felice Cimatti (“*L’io è nel cervello o nella mente?*”, da *Il manifesto* del 29 gennaio 2003).

Cimatti: “Noi diciamo ‘il mio corpo, la mia mente, il mio cervello’, invece di dire ‘il corpo che sono, la mente che sono, il cervello che sono’. Nella prima formulazione è implicita l’idea di una separazione fra me – qualsiasi cosa sia questo ‘me’ – e il corpo in cui questo stesso ‘me’ vive. Ma si può dire che ‘io’ ho un corpo nello stesso senso in cui ‘io’ ho due cipolle nel frigorifero?”

Damasio: “Sono modi di dire utili, nel loro ambito, ma che non esprimono direttamente la realtà come essa è. È un fatto, tuttavia, che l’unità del corpo è una collezione di processi, e che alcuni di essi sono relativamente semplici, perché si collocano a un livello che è strettamente biologico. Ma anche all’interno di questi processi biologici, ciò che noi chiamiamo ‘mente’ è di una tale complessità da venire sentita come un qualcosa di indipendente dai più semplici livelli fisiologici. Ed è a questo livello che si colloca la distinzione fra ‘se stessi’ e le ‘altre’ parti del corpo, che diventa possibile parlare del ‘mio’ corpo o della ‘mia’ gamba. Sono modi di dire usuali, ma – da un altro punto di vista – non sono corretti, perché pur dando rappresentazione al nostro modo naturale di pensare, creano l’equivoco di una mente separata dal corpo. Mentre sono parti distinte per quel che riguarda la diversa *qualità* dei fenomeni nella loro complessità, non c’è nessuna ragione di considerarle come realmente separate.”

È con questo spirito, dunque che vanno eseguiti gli esercizi fisici e i “giochi” proposti.

Esercizi di stretching

Consigliamo di eseguire tali esercizi prima di iniziare l’escursione, tutti insieme, utenti ed operatori in un clima rilassato, ma con concentrazione.

Una breve annotazione per capire perché cominciare proprio con lo *stretching*, presa da un libro che suggeriamo vivamente di leggere: *Stretching*, di Bob Anderson, Edizioni Mediterranee, Roma, 1995.

Lo *stretching* afferma l’autore produce i seguenti vantaggi:

- Riduce la tensione muscolare e favorisce la sensazione di rilassamento del corpo;
- Favorisce la coordinazione permettendo maggiore libertà e facilità nell’esecuzione dei movimenti;
- Incrementa la capacità di movimento;
- Previene gli infortuni da strappo muscolare;
- Rende più facile praticare attività sportive impegnative perché prepara a

- intraprenderle, è un modo per conoscere i muscoli che si stanno per usare;
- Sviluppa la consapevolezza del proprio corpo. Nel tendere le diverse parti del corpo, concentratevi su di esse e stabilite un rapporto con esse. Cominciate a conoscervi;
 - Allenta il controllo della mente sul corpo così che il corpo si muove “per se stesso, e non per raggiungere un risultato in maniera competitiva”;
 - Favorisce la circolazione del sangue;
 - Fa stare bene.

Si consiglia di eseguire gli esercizi proposti con una tensione rilassata e prolungata senza forzare ed evitando allungamenti a “strappi”.

La respirazione lenta e ritmica favorirà la concentrazione.

Proponiamo una serie di allungamenti propedeutici all’escursione per preparare le parti del corpo (e della mente) che più sono sollecitate dal camminare in montagna e cioè gambe, braccia, spalle.

Dopo che ci si è riscaldati con gli allungamenti si può passare alla fase dei giochi con gli utenti.

Bendare un membro del gruppo e condurlo sotto braccio per un sentiero, nel bosco, in salita, in discesa. In questa prima fase si condurrà il prescelto standogli accanto sottobraccio.



fig. 3. *Esercizi di stretching (da Bob Anderson, Stretching, Edizioni Mediterranee, Roma, 1995).*

Nella fase successiva lo si condurrà, per mano, “trainandolo” da davanti. Quindi condotto e conduttore si scambieranno il ruolo.

Al termine si terrà un *debriefing* durante il quale i protagonisti esprimeranno le proprie sensazioni ed emozioni, concentrandosi soprattutto sulla differenza emotiva del condurre e dell’essere condotti.

Verrà anche richiesto di memorizzare quali parti del corpo hanno provato più tensione muscolare.

Si può anche riprovare lo stesso esercizio carichi di uno zaino abbastanza pesante. Ripetere quindi il tutto conducendo “a voce”, con il condotto sempre bendato. Nel *debriefing* si sottolineerà il “filo” rappresentato dalla voce e la differenza sensoriale tra questa e il braccio.

Il seguente gioco è proposto per i soli operatori poiché coinvolge tramite un contatto corporeo alquanto intenso. Lo scopo è quello di conoscere il corpo del collega per conoscere meglio la sua e la propria emotività nel toccare e nell’essere toccati.

Si formino due coppie di operatori quindi prima l’una e poi l’altra proporranno una figura intrecciata composta dal corpo dei due operatori.

Le coppie a turno saranno bendate. La coppia bendata non avendo visto la figura composta dagli altri due, dovrà riproporla dopo averla percepita attraverso il tatto. *Debriefing* finale come sopra.

2.4. L’uomo, i sensi, l’ambiente: la relazione con il “circostante” mutuata dai cinque sensi

ANTONIETTA BOLOGNANI, MILENA FLORIANI, DORINA TACCHELLI

Le attività o, meglio, i giochi che vi proponiamo sono stati da noi utilizzati con i pazienti e derivano da nostre esperienze in vari corsi, tra cui il CEMEA.

Anche se molto semplici, sono attività che richiedono comunque una preparazione: è necessario predisporre il materiale da utilizzare e fare dei sopraluoghi sui posti dove verranno svolte, per non farsi trovare impreparati e per renderle più gradevoli.

Per quanto riguarda la “natura”, queste attività, svolte in essa e con essa, 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. Questo contatto potrà essere uno stimolo un arricchimento un'esperienza per tutti loro.

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.

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.

Tatto

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

Partecipanti: Un gruppo di otto-dieci persone.

Materiale: Sacchetti per la raccolta del materiale, bende per gli occhi, materiale raccolto in natura.

Durata: Il tempo di una passeggiata, massimo trenta minuti per l'osservazione bendati, e infine il tempo (più lungo) per la verbalizzazione.

Svolgimento: Durante una passeggiata si fanno raccogliere alcuni oggetti naturali (sassi, gusci di chiocciola, foglie particolari, bacche, ecc.) da mettere nei sacchetti. Terminata la raccolta e la passeggiata, ci si siede in cerchio, si bendano gli occhi ai partecipanti e si distribuisce loro un oggetto da tastare. Quando si pensa che ognuno abbia potuto compiere le proprie osservazioni, lo si fa passare. Si raccolgono poi gli oggetti osservati con il tatto e si mettono insieme agli altri oggetti raccolti; si fanno togliere le bende e si chiede ai partecipanti di individuare con la vista gli oggetti toccati. Alla fine si raccolgono le impressioni su questo gioco.

Udito

Obiettivi: Stimolare l'uso selettivo dei sensi. Ascoltare i suoni della natura e capire da cosa sono prodotti. Confrontarsi con il silenzio. Riuscire a riproporre in gruppo le emozioni provate.

Partecipanti: Un gruppo di otto-dieci persone.

Materiale: Carta e penna.

Durata: Dieci minuti, più il lavoro in gruppo.

Svolgimento: I partecipanti si siedono a terra, comodamente, chiudono gli

occhi e stanno in silenzio per dieci minuti, ascoltando i suoni della natura. Poi ci si racconta le impressioni sui tipi di suoni ascoltati e la loro provenienza. È importante anche il rapporto con il silenzio, che può dare piacere o essere vissuto con difficoltà.

Gusto

Obiettivi: Stimolare l'uso selettivo dei sensi. Riconoscere i sapori senza vedere il cibo. Stimolare i ricordi attraverso il gusto. Evidenziare l'unicità della persona attraverso i ricordi.

Partecipanti: Un gruppo di otto-dieci persone.

Materiale: Contenitori chiusi con carta stagnola, stuzzicadenti, carta e penna.

Durata: Trenta minuti, più il lavoro di verbalizzazione.

Svolgimento: Preparare diversi cibi in contenitori ricoperti da carta stagnola. I partecipanti, individualmente e in silenzio, assaggiano i vari cibi servendosi degli stuzzicadenti per prelevarli dai contenitori. Segnano su di un foglio il cibo che hanno individuato e le sensazioni e i ricordi a esso connessi. Terminata la fase d'assaggio, in gruppo vengono poi verbalizzati i risultati.

Vista

Obiettivi: Stimolare l'uso selettivo dei sensi. Mettere in rapporto il senso della vista con l'ambiente natura. Scoprire l'infinità delle cose microscopiche. Incuriosirsi. Usare la fantasia.

Partecipanti: Un gruppo di otto-dieci persone.

Materiale: Lente d'ingrandimento, cordicella.

Durata: Quindici minuti di osservazione, più il tempo per immaginarsi una storia e raccontarla al gruppo.

Svolgimento: Ogni partecipante sceglie uno spazio da osservare, che circonda con la propria cordicella. Con una lente d'ingrandimento osserva ed esplora il microcosmo sottostante. Ognuno dei partecipanti immagina una storia legata agli esseri animati o inanimati che ha visto.

Odorato

Obiettivi: Stimolare l'uso selettivo dei sensi. Riconoscere gli odori senza vedere ciò che si annusa. Stimolare il ricordo attraverso l'odorato. Evidenziare l'unicità della persona attraverso i ricordi.

Partecipanti: Un gruppo di otto-dieci persone.

Materiale: Varie sostanze in contenitori coperti in modo da non lasciar vedere il contenuto.

Durata: Trenta minuti, più il lavoro di verbalizzazione.

Svolgimento: I partecipanti annusano le varie sostanze, individualmente e senza parlare. Su un foglio scrivono gli odori riconosciuti e i ricordi a essi connessi. In gruppo vengono poi verbalizzati i risultati.

Una micro-escursione

Obiettivi: Mettere il corpo in contatto con l'ambiente-natura. Prestare attenzione anche alle cose microscopiche. Usare il tatto con delicatezza. Incuriosirsi.

Partecipanti: Gruppo non troppo numeroso, per favorire la verbalizzazione successiva al gioco.

Materiale: Un cordino di circa tre metri per ogni partecipante.

Durata: Dai cinque ai quindici minuti, più il lavoro in gruppo.

Svolgimento: Ogni partecipante porrà il suo cordino in terra, formando un cerchio. Steso a terra scruterà, cercherà, alzerà le foglie o sposterà delicatamente i sassi per esplorare quel mondo microscopico che per pochi minuti sarà per lui una natura incontaminata, per la prima volta oggetto di esplorazione umana.

La piantina dei rumori

Obiettivi: Stimolare l'uso selettivo dei sensi. Tollerare l'isolamento dal gruppo e poi riuscire a riproporre nel gruppo le emozioni provate. Confrontarsi con il silenzio. Selezionare gli stimoli e sviluppare un senso di orientamento

Partecipanti: Gruppo non troppo numeroso, per favorire la verbalizzazione successiva al gioco.

Materiale: Carta e penna.

Durata: Dai cinque ai dieci minuti, più il lavoro in gruppo.

Svolgimento: I partecipati si allontanano dal gruppo e trovano il loro punto di osservazione, segnando sul foglio sia la posizione del punto di partenza (dove dopo si riuniranno al gruppo) che quella del punto scelto come loro osservatorio. Chiusi gli occhi ascolteranno con attenzione tutti i suoni che l'ambiente propone, riconoscendoli ed individuando il più precisamente possibile la loro provenienza. Terminato il tempo dato, ogni partecipante segnerà sulla carta la posizione dei suoni ascoltati e confronterà i risultati con gli altri.

Io sono...

Obiettivi: Lavoro centrato sull'elaborazione fantastica, ma partendo da spunti offerti dall'ambiente.

Partecipanti: Gruppo non troppo numeroso, per favorire la verbalizzazione successiva al gioco.

Materiale: Quello reperito in natura.

Durata: Cinque minuti, più il lavoro in gruppo.

Svolgimento: Ogni partecipante cercherà nella natura un oggetto, di qualsiasi tipo. Riformato il gruppo, ognuno racconterà la storia dell'oggetto trovato, oppure mimerà qualche cosa a questo attinente, o proverà a immedesimarsi in esso per raccontare...

Sento la terra

Obiettivi: Camminare a piedi scalzi è un'esperienza unica del percepire, alla quale non siamo più abituati o che viviamo con distrazione. È un'esperienza (soprattutto se decisa a priori) ricchissima di stimoli e intensa per la percezione tattile provata.

Partecipanti: Gruppo non troppo numeroso per favorire la verbalizzazione successiva al gioco.

Materiale: Nessuno.

Durata: Cinque minuti, più la verbalizzazione di gruppo.

Svolgimento: I partecipanti si tolgono le calzature e percorrono in gruppo un tratto di cammino. Al termine ci si scambiano le impressioni su quanto accaduto e sulle emozioni provate.

La pista cieca

Obiettivi: Confrontarsi con la paura legata alla perdita dei riferimenti visivi. Riconoscimento degli oggetti con l'uso degli altri sensi. Percezione ed esplicitazione delle emozioni provate.

Partecipanti: Gruppo non troppo numeroso, per favorire la verbalizzazione successiva al gioco.

Materiale: Un cordino lungo quanto la pista (almeno 30-40 m), una benda per ogni partecipante.

Durata: Dai cinque ai dieci minuti, più la verbalizzazione in gruppo.

Svolgimento: Il cordino viene posizionato lungo un percorso, legandolo a un albero, facendolo passare sotto un sasso, alzandolo su un ramo basso, ecc. I partecipanti, con gli occhi bendati ed in fila indiana, seguono questa pista toccando tutto ciò che trovano: alberi, sassi, foglie, muschio... Ogni

sensazione tattile porta al riconoscimento dell'oggetto, ma attiva anche sensazioni emotive che poi vengono riportate in gruppo.

Cosa ho sentito?

Obiettivi: Confrontarsi con il silenzio e messa in comune delle emozioni.

Partecipanti: Gruppo non troppo numeroso, per favorire la verbalizzazione successiva al gioco.

Materiale: Nessuno.

Durata: Cinque minuti, più il tempo della verbalizzazione in gruppo.

Svolgimento: I partecipanti si allontanano gli uni dagli altri e rimangono da soli, in silenzio. Poi, tornati in gruppo, si confrontano le percezioni avute: suoni, rumori, ecc.

Cerca e racconta

Obiettivi: Lavoro centrato sull'elaborazione fantastica, ma partendo da spunti offerti dall'ambiente.

Partecipanti: Gruppo non troppo numeroso, per favorire la verbalizzazione successiva al gioco.

Materiale: Oggetti trovati in natura.

Durata: Cinque minuti, più il tempo della verbalizzazione in gruppo

Svolgimento: Ogni partecipante cerca un oggetto e racconta la sua storia: quando è stato creato, come è arrivato lì, che età ha, come era prima di essere così...

I contributi degli “Amici di Sopraimille”

3.1. Dipartimento di Salute Mentale e Club Alpino Italiano: un’esperienza di collaborazione

FIGURELLA LANFRANCHI

Il Centro Psico Sociale di Piario, dell’Unità Operativa Psichiatrica n.13, in provincia di Bergamo, organizza da diversi anni attività di risocializzazione nel territorio della Valle Seriana. Queste attività si rivolgono a persone con disturbi psichici marcati, che presentano un massiccio isolamento e depauperamento della qualità di vita con povertà di amicizie e uscite.

Tra queste attività, nel 1995 è nata e si è consolidata una preziosa collaborazione con la sezione del Club Alpino Italiano della zona (Clusone, BG), che ha permesso di costruire e mantenere un progetto di riabilitazione sul territorio.

La scelta della montagna quale contesto riabilitante è legata ad alcune sue caratteristiche che possono favorire la socializzazione. La montagna, quando non è affrontata in modo agonistico, tende ad annullare le differenze tra i suoi vari frequentatori, sollecita lo scambio delle esperienze della salita, favorisce il senso di appartenenza al gruppo con cui si condivide l’uscita.

Andare in montagna insieme con pazienti affetti da disturbi psichiatrici può sollevare molti dubbi, perplessità e paure. Il primo passo fatto è stato quello di cercare di superare le barriere che ostacolavano l’integrazione del soggetto con disagio psichico nel suo contesto sociale, a partire dallo stigma. Si sono affrontati e messi in contatto i pregiudizi e le paure dei “sani” con il mondo fantasmatico e talvolta delirante dei “malati”.

Tra gli obiettivi del progetto di montagnaterapia si sono individuati il recupero di una rete di rapporti resa impossibile o interrotta dall’insorgere della patologia, il favorire il raggiungimento di un’identità positiva e il reinvestire gradualmente la realtà esterna e le relazioni.

Queste finalità sono diventate comuni ai vari attori chiamati a realizzare il progetto (operatori psichiatrici, pazienti, familiari, gruppo CAI) attraverso un

percorso di “adattabilità alla quotidianità per il malato e di adattabilità alle esperienze della malattia per il sano” (Giuseppe Milanese).

Si è formato un gruppo di lavoro composto da operatori del Centro Psico Sociale (psicologa, assistente sociale, infermieri e educatori professionali) e da alcuni soci del gruppo “marucc” (“Maturi”) del CAI di Clusone. Circa 25 volontari hanno collaborato seguendo nel corso degli anni 45 pazienti.

Nei primi tempi sono emersi alcuni problemi che hanno richiesto mediazioni e aggiustamenti in itinere. Tra questi, ad esempio, si sono evidenziati: una certa diffidenza iniziale, il timore rispetto a possibili rischi durante le uscite (di infortuni o malesseri dei pazienti), la questione della sicurezza e delle responsabilità connesse a eventuali incidenti, l’inadeguatezza dell’abbigliamento e dell’attrezzatura dei malati e il loro “rifiuto” di utilizzare quelli congrui messi a disposizione o già in loro possesso, la grande fatica muscolare dovuta anche ad anni di inattività fisica ed all’effetto dei trattamenti farmacologici, la difficoltà a rimanere nel gruppo e a seguirne i ritmi (talora precedendolo in solitaria, altre volte col rimanere indietro impuntandosi a non proseguire).

Ciò ha messo alla prova un po’ tutti i partecipanti e richiesto ripensamenti sul senso e sulle modalità di condurre l’esperienza.

Di secondaria importanza sono diventati il raggiungimento della vetta o il tipo di meta, mentre fondamentali sono risultate la disponibilità, l’attenzione e la motivazione forte e condivisa da tutti.

Nel corso del tempo i pazienti hanno imparato a fidarsi degli altri, a contare sull’aiuto reciproco di fronte alle difficoltà e alla fatica della salita, a non mollare e sapere di poter contare su chi non li lascia soli.

Anche per i volontari c’è stato un cammino che gradualmente ha aiutato a superare le paure verso la malattia mentale, a vedere nel paziente il proprio valore di essere umano e a identificarsi con esso, cercando di entrare in sintonia e di mettersi nei panni dell’altro, di trovare la “giusta distanza” senza essere troppo invadenti o iperprotettivi.

La reciproca conoscenza, gli specifici corsi di formazione organizzati dal Centro Psico Sociale e gli incontri periodici di progettazione e verifica tra operatori psichiatrici e volontari del CAI hanno permesso di chiarire i rispettivi compiti, i punti di forza e i limiti, di superare divergenze e malintesi, di mantenere e rafforzare l’esperienza.

Gli scambi costanti tra tutti i partecipanti al progetto hanno contribuito a far superare le difficoltà emerse nel corso degli anni. Esse sono apparse legate da un lato, per il servizio pubblico, a vincoli e rigidità istituzionali o alle limitazioni imposte dai tagli economici; dall’altro lato, per i volontari, alla disorganizzazione e allo spontaneismo iniziale, al senso di frustrazione e impotenza di fronte ai silenzi di alcuni pazienti, alla fatica nel mantenere la conversazione, al dubbio

se arrendersi di fronte ai tempi lunghi necessari per vedere cambiamenti.

Peraltro queste modificazioni sono arrivate e si sono ben evidenziate nella riduzione delle condotte di ritiro, nel miglioramento della comunicazione sia nel gruppo CAI che con la comunità di appartenenza, nell'ampliamento dei contatti sociali e nella soddisfazione espressa dai pazienti.

È intenzione comune proseguire l'esperienza perché, riprendendo le parole di Benedetto Saraceno, 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" e questo risultato si può ottenere collaborando con un volontariato motivato e opportunamente preparato.

Bibliografia

- B. Carpinello, "Schizofrenia e stigma", In *Living with schizophrenia*, UTET periodici, 2001.
- G. Cerati, "La fantasia al lavoro. Esperienze cliniche e riabilitative con pazienti psicotici", Bollati Boringhieri Editore, Torino, 1992.
- M. D'Alessio, "Il breve percorso del pregiudizio: l'idea del matto nei bambini", in *Marginalità e società*, n. 6, 1988, pagg. 86-129.
- C. Hume, I. Pullen, "La riabilitazione dei pazienti psichiatrici", Raffaello Cortina Editore, Milano, 1993.
- R.P. Liberman, "La riabilitazione psichiatrica", Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997.
- G. Pintor, "Pericolosità sociale e stigma", In *Living with schizophrenia*, UTET periodici, 2001.
- B. Saraceno, "La fine dell'intrattenimento", ETASLIBRI, Milano, 1996.

3.2. Montagnaterapia in Cooperativa Libra

STEFANO FANCHIN

Il fatto che non vi sia in fondo una proliferazione di esperienze di montagna-terapia o di esperienze analoghe (intendiamoci: gruppi di disabili che vanno in gita o a camminare in montagna se ne trovano ovunque, qui ci riferiamo espressamente ad attività escursionistiche stabili che si collocano metodicamente e per lungo tempo nel palinsesto di organizzazioni che si prefiggono la riabilitazione di persone diversamente abili) è sintomo manifesto della presenza di difficoltà attuative che rendono poco appetibile l'iniziativa.

Del resto solo l'apertura del capitolo rischi/responsabilità comporta una riflessione che anche nella nostra organizzazione non ha risolto tutti i quesiti. Un programma che contempra la novità continua implica conoscenze dirette e notevoli del territorio su base interlocale.

L'approccio alle stagioni ingrato esige fantasia e flessibilità. La conduzione non può prescindere dalle "istruzioni per l'uso" rispetto ai partecipanti. Chi accompagna non può eludere competenze esplicitamente codificate rispetto all'escursionismo in generale. Inutile a dire che uno *staff* operativo eccessivamente numeroso sposterebbe inevitabilmente le riflessioni sulla congruità dei costi e sui livelli di qualità sostenibile dall'Ente erogante.

Penso che altrove sia questo il deterrente maggiore: servirebbe un operatore che conosce gli ospiti, che non ha paura di affrontare la severità ambientali, che si intende di sentieri/percorsi, di montagne, di gruppi in cammino, ecc. Soprattutto serve passione, altrimenti l'attività espone il conduttore a un alto rischio di demotivazione, il *burn out* che non risparmia nessuno. Ed è utile anche la possibilità di un ricambio perché l'attività non cresca intorno a un'unica persona, bensì diventi patrimonio originale dell'Ente.

"Libra" possiede queste specifiche e con qualche accorgimento le manterrà.

Obiettivi del progetto

- Migliorare la capacità di socializzazione dei partecipanti;
- Migliorare nei partecipanti l'autostima e la consapevolezza nei propri mezzi;
- Stimolare la mutualità reciproca, il rispetto verso sé e l'altro;
- Migliorare l'adattamento alle difficoltà, alla fatica;
- Promuovere un *modus vivendi* il più possibile salubre;
- Migliorare le proprie competenze, le proprie piccole autonomie;
- Stimolare la curiosità verso il nuovo;
- Acquisire competenze circa l'uso del proprio corpo e dei propri sensi;
- Stimolare la memoria, il ricordo come dimensione positiva;
- Trasmettere serenità, capacità di autocontrollo;
- Promuovere la capacità di aiuto e di farsi aiutare;
- Controllare la frustrazione, gestire l'insuccesso;
- Acquisire capacità di equipaggiarsi autonomamente.

Strumenti di lavoro

- L'innovazione nei percorsi e nei motivi didattici;
- L'attenzione al programma individualizzato;
- L'utilizzo di attrezzi propedeutici per l'attività motoria: sci, ciaspole, funi di sicurezza;
- L'utilizzo dei binocoli e di macchina fotografica per l'osservazione;
- L'osservazione delle fotografie per la rielaborazione del ricordo;
- L'incontro con terzi esperti di storia, botanica, cultura locale;

- L'incontro/conoscenza con persone nuove durante i percorsi;
- L'evoluzione dell'equipaggiamento individuale;
- I momenti di socializzazione (cena sociale);
- Gadgets di gruppo (calendari, magliette);
- Sviluppo, ampliamento, condivisione di regole e consuetudini comuni;
- Istituzione di momenti di verifica informali;
- Ricerca di mete escursionistiche ricordabili: vette, bivacchi, rifugi, grotte, ecc.;
- Appendici turistiche post-cammino presso musei locali, chiese, centri storici.

La montagnaterapia nella Cooperativa Libra

In questi quattro anni l'attività settimanale di montagnaterapia in "Libra" si è caratterizzata per la compresenza di approcci disciplinari diversi fra loro, in particolar modo, nelle prime due stagioni.

L'utilizzo empirico di sperimentazioni, alla lunga, ha richiesto una certa cernita delle esperienze proponibili ai partecipanti, eliminandone altre giudicate troppo selettive o meno interessanti.

A distanza di tempo, quanto all'inizio era al massimo una sorta di intuizione si avvale oggi di fondamenti più leggibili e di una maggior consapevolezza dello strumento a disposizione. Si era supposto, all'inizio, che l'escursione fosse un'attività poliedrica di confine, un ibrido fra iniziativa ricreativa e attività motoria.

Va da sé che questi elementi rimangano probabilmente impliciti al percorso nella sua complessità: non è plausibile, tuttavia, sulla scorta delle diverse osservazioni personali, che ne costituiscano le reali uniche peculiarità.

Basti pensare 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.

Quanto ai benefici dell'escursione intesa come attività motoria non v'è dubbio alcuno sulla loro presenza, sarebbe paradossale sostenere il contrario. Si tratta senza dubbio di una iniziativa di buon contenuto "ginnico/corporeo" in un *setting* evidentemente salubre, quasi disintossicante per il corpo.

Eppure molte escursioni proficue, fra le quasi 180 svolte, sono state segnate da una sostanziale disattenzione del conduttore rispetto a questi fattori, privilegiando al movimento l'osservazione, la contemplazione, il rilassamento.

Proprio la criticità/flessibilità rivolta alla imprescindibilità presunta dell'attività fisica ha di fatto favorito un accesso meno elitario al gruppo degli escursionisti (hanno partecipato nel quinquennio una sessantina di persone, una quindicina le attuali, accompagnate da due operatori) e dischiuso nel tempo le porte alle contaminazioni della psicomotricità (gli ostacoli del percorso sono superabili con maggior facilità recuperando naturalezza nei propri movimenti; l'adozione

di una corretta respirazione allevia e riduce lo sforzo; la presa di coscienza del proprio ritmo di cammino evita la frustrazione del confronto con i compagni, ecc.), dell'educazione civica (rispetto dell'ambiente) e culturale (recupero della memoria storica-antropica locale) dei partecipanti.

Questa più interessante impostazione ha, conseguentemente, esclusa l'escursione in montagna nel sue accezioni *performance*-centriche, potendosi in fondo svolgere l'iniziativa ovunque vi sia una strada, un percorso *out door* da condividere in gruppo.

Per questo all'interno di "Libra" si parla spesso di *route*-terapia. *Route* è un termine mutuato dai sistemi educativi dei movimenti ispirati a Baden Powell: è la strada che gratifica te stesso nella misura in cui il tuo successo è anche frutto di una condivisione di energie, il risultato/scambio di un gruppo intero.

La *route* è l'imprevisto/avventura che ti offre la strada d'improvviso, è la paura/trepidazione, la verifica delle proprie capacità di fronte all'ignoto.

La *route* è stupore, consuetudine alla difficoltà e alla fatica, consapevolezza di riconoscere l'altrui ruolo e di essere comunque accolti dagli altri. È scambio profondo. Ed è, per fortuna, il dovere di rispettare, da coinquilini, tutto quanto sia natura/vita, ricambiati dal privilegio di goderne le bellezze. La *route* è soprattutto incontro e relazione.

Non è in fondo nulla di metodologicamente diverso da quanto si persegua all'interno delle strutture residenziali dalle quali provengono tutti i partecipanti, ne è piuttosto uno degli approfondimenti possibili. Reca il distinguo della trasversalità del gruppo ed esercita/sollecita i partecipanti alla conoscenza/tolleranza rispetto al compagno, alla relazione interpersonale lontani dal *setting* abituale.

Mantiene la continuità delle azioni vitali, delle consuetudini imprescindibili, ma richiede anche il loro ricollocamento/riadattamento alla situazione del momento: ognuno si esercita pertanto a reinterpretare quanto appreso in Comunità Terapeutica. Al di fuori degli spazi e dei tempi abituali, quanto in fondo gli si richiederà domani, in un programma più articolato di reintegrazione sociale.

La vera evoluzione del progetto consiste pertanto, a mio avviso, nello stimolare, recuperare, cogliere la curiosità rivolta al giorno che ci attende, alle persone che incontreremo, conosciute o mai viste prima. Le leve prioritarie rimangono la mutualità espressa dal gruppo (come non percepire la differenza con certi rapporti di complicità, la capacità di accogliere il disagio dei singoli), l'organizzazione e l'essenzialità/praticità, il sostegno affinché le piccole abilità personali trovino eco nel gruppo e diventino complementari a quelle di altri.

S'è constatato come questi risultati si evidenzino mediante una frequenza costante al gruppo (ma, è importante, non necessariamente assidua). Le adesioni sporadiche e le coercizioni hanno dato raramente luogo a percorsi soddisfacenti e duraturi. Si sono poste, invece, in taluni casi, quali elementi di destabilizzazione,

forieri di difficoltà in una economia di tempi progettuali in fondo molto brevi. I partecipanti, ricordiamocelo, sono persone in transito.

L'iniziativa può essere una proposta per molti, non deve risultare una costrizione per nessuno: ciò invaliderebbe molte delle osservazioni di cui sopra.

Rimane la convinzione che vi sia ancora parecchio da esplorare, molto da chiedere a questa opportunità.

Credo, è un pensiero personale, che uno degli indicatori che dà un senso alla *route* sia il racconto, a distanza di tempo, di chi vi ha partecipato: riappropriarsi della dimensione "memoria/ricordi" non è solo una soddisfazione per noi che si ascolta. È un esercizio positivo, una iniezione di autostima: è trasmettere con orgoglio "io c'ero".

3.3. Centri Diurni e Club Alpino Italiano: la nostra esperienza

SILVANA ZUMMO

"A piedi vedi tutto", scriveva Cesare Pavese, anche se sfiorare le cose non sempre vuol dire viverle intensamente, conoscerle, entrarci.

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. Il misurarsi in confini ben più ampi di quelli quotidiani lo spinge a spostarsi e a dirigersi altrove.

L'origine etimologica della parola "*to trek*" simboleggia la migrazione, il viaggio avventuroso privo di mezzi. Alla portata di tutti. E se fa bene al nostro corpo e distende la mente perché non inserirlo in un'attività riabilitativa?

La nostra esperienza è iniziata quasi per gioco, nell'agosto 2003. Essendo diventata Responsabile dell'UOS Struttura Riabilitativa Semiresidenziale, volevo dare un'impronta più dinamica e aperta all'esterno, alternando alle attività integrative classiche (drammatizzazione, attività artistica, attività motoria, gruppo cucina), qualcosa di piacevole e nello stesso tempo utile come una gita in montagna.

Negli anni precedenti avevo conosciuto degli accompagnatori del Club Alpino Italiano, sezione giovanile di Fermo, che avevano portato avanti un discorso con le scuole elementari e medie a cui aveva partecipato mio figlio; mi è venuta l'idea di trasferire questa esperienza ai pazienti dei Centri.

L'idea è stata discussa e condivisa, prima con l'èquipe dei Centri, poi con i pazienti e quindi è partita la richiesta al CAI per iniziare una collaborazione. Dell'*èquipe* fa parte anche un assistente sociale Lolita Sclocchini, aiuto accompagnatore CAI.

Dopo la prima uscita che abbiamo fatto all'Eremo di San Leonardo e dopo aver percorso la gola dell'Infernaccio, ci siamo resi conto che era necessario fare un piccolo corso di informazione su come ci si veste, su cosa bisogna portarsi per il pranzo, su come ci si deve comportare in montagna. Il corso, tenuto presso la sede CAI di Fermo dal presidente della sezione Domenico Pistonesi e dall'accompagnatore Basilio Polini ha suscitato un grande interesse tra i ragazzi.

Da qui abbiamo programmato altre uscite, nelle diverse stagioni, l'ultima delle quali ha visto i ragazzi cimentarsi in un'impegnativa escursione partendo da Campolungo di Garulla (rifugio CAI Amandola, 1.185 m) sino al Santuario della Madonna dell'Ambro (850 m).

Il percorso è stato compiuto in circa due ore. Il progetto ha visto la partecipazione di venti pazienti di età compresa tra i 24 e i 54 anni, con diagnosi di psicosi paranoide, psicosi bipolare, disturbi di personalità e depressione.

I pazienti frequentano i due Centri Diurni che fanno parte dell'Unità Riabilitativa Semiresidenziale del Dipartimento di Salute Mentale della Zona Territoriale 11 dell'ASUR delle Marche.

La metafora è chiara: nei Centri Diurni i pazienti effettuano un percorso riabilitativo, dalla propria condizione di base a una meta che corrisponde in genere a un miglioramento delle loro abilità sociali, lavorative e comunque a un miglioramento della qualità della vita, attraversando e superando le difficoltà per le quali è necessario mettere in atto delle strategie per superare anche gli imprevisti. Proprio come avviene durante un'escursione.

Le difficoltà che abbiamo incontrato sono da imputare prevalentemente all'affaticamento per soprappeso, all'abbigliamento non adeguato, alla mancanza di allenamento, alle perplessità di qualche educatore o infermiere. Sono state superate con l'esperienza.

I vantaggi sono stati: vincere la paura, aumento dell'autostima, riconsiderare le proprie capacità fisiche, aumento della *compliance* verso i farmaci "che non impediscono di fare escursioni", parlare di sé durante il *trekking* in un *setting* naturale, aiutare gli altri, fare gruppo, condividere.

Il progetto ci ha permesso di partecipare anche alla lotta allo stigma, avendo pubblicizzato le varie escursioni nella cronaca locale dei quotidiani.

Abbiamo cercato di sfatare il pregiudizio non solo dei "sani", ma soprattutto dei pazienti stessi e dei loro familiari, dimostrando che, con le cure appropriate, 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.

Con piacere abbiamo letto sulle riviste del CAI che non eravamo i soli a fare questo tipo di attività riabilitativa e l'aver partecipato al Corso di Formazione "Sopraimille" ci ha permesso di confrontarci.

3.4. Bilatrekking 2005: Pale di San Martino, Trentino – Alto Adige

MICHELE SBRANA

“Sono le sette del mattino e quindici adolescenti con sette adulti sono appena partiti dal rifugio Pedrotti Rosetta. Hanno sulle spalle due giorni impegnativi di sentieri in quota e tre ferrate sulle Pale di San Martino. Una ragazza ha una piaga su tutto il tallone. Basta uno sguardo e tutti quelli che le sono intorno si dividono i pesi del suo zaino. C'è chi si porta via la corda, altri un paio di jeans sporchi, il caschetto... Tutto avviene in silenzio. Prendi quello che ti danno e te lo sistemi dentro il tuo zaino. Non ci sono lamentele, scuse... sembra la cosa più naturale del mondo. Sembra logico che quando uno è in difficoltà lo si aiuta, lo si aspetta... A vedere la scena sembra di essere nella savana quando un branco di predatori si divide la caccia. Erano ragazzi che non si conoscevano tra loro, non tutti almeno, e c'è anche qualcosa di commovente in quello che sta succedendo. Penso che potrebbe essere così anche nella vita, sulle strade, al lavoro...”

Il progetto nasce dopo tre anni di esperienze efficaci e significative in ambiente montano tra un gruppo di educatori, volontari e ragazzi in età scuola media inferiore. Dopo vari percorsi di avvicinamento e preparazione, i risultati, sia dal punto di vista relazionale e di identità personale, e sia dal punto di vista tecnico (arrampicata sullo spigolo di una delle Torri del Vayolet, estate 2004) ci inducano a osare e sognare un progetto più ampio e rivolto a un numero maggiore di ragazzi.

Da queste considerazioni nasce il *Bilatrekking 2005*, un progetto con l'obiettivo di integrare realtà giovanili provenienti da strutture che accolgono ragazzi in situazioni di disagio (comunità di accoglienza per minori) con ragazzi provenienti da situazioni familiari stabili, inserendoli in un gruppo di volontari adulti di riferimento.

Concretamente il *Bilatrekking* si è svolto sulle Pale di San Martino dal 14 al 17 luglio 2005 e ha visto protagonisti quindici ragazzi con un'età media di quindici anni e un gruppo di adulti costituiti da due educatori, uno psicologo, un esperto del soccorso alpino, quattro adulti volontari e di supporto (per due specifiche attività), una guida alpina del posto.

Un incontro vero con la montagna e la progettazione di un percorso che permettesse di garantire la sicurezza dei partecipanti e di fare esperienza della fatica di giornate intense, della responsabilità per la propria e altrui sicurezza, del limite che tocchi e davanti al quale non ci sono sconti e scorciatoie, della paura di non farcela che ti costringe a cercare dentro di te risorse che non pensavi di avere, della solidarietà che diventa istintiva per chi cammina, arrampica vicino a te, ma ha lo zaino troppo pesante.

Gli obiettivi prefissati prima dalla partenza sono stati pienamente raggiunti, il gruppo, pur non conoscendosi, è riuscito a legare e ad aiutarsi in pochissimo tempo. Le attività offerte, altre alla camminata da fondo valle fino ai rifugi e i vari collegamenti (in media sei ore di cammino il giorno), proponevano tre ferrate considerate difficili (di cui una molto difficile) dove i ragazzi e gli adulti potevano liberamente aderire, oppure scegliere un percorso alternativo.

Fondamentali sono state le caratteristiche tecniche e relazionali delle persone adulte coinvolte, che hanno facilitato e mediato l'approccio alla montagna, accompagnando i ragazzi e vivendo con loro la fatica e le difficoltà che il luogo montagna privilegia.

Principale è stata l'attenzione non tanto al risultato dell'attività, ma alla persona che affronta la proposta. Da qua una serie di *input* per sviluppare nel ragazzo un senso di realtà verso le difficoltà, un avvicinamento alla vita reale dove le fatiche pesano, ma se affrontate in gruppo e non da soli si riesce a superarle.

Gli aspetti emersi e dove abbiamo posto maggiore attenzione sono stati:

- controllo emotivo: elaborazione dei vissuti rispetto alla fatica fisica e mentale;
- autostima: soddisfazione nel raggiungimento di un obiettivo (cima, rifugio) individuale e di gruppo;
- identità personale: riconoscimento e accettazione dei propri limiti e dei propri punti di forza;
- responsabilità: capacità di lettura della realtà particolare, di conoscenza e accettazione delle regole, importanti per il proprio ed altrui benessere. La montagna racchiude in sé un'autorità e una severità che facilitano l'obbedienza e lo stare alle regole;
- corporeità: capacità di equilibrio, gestione del dolore e della fatica, coordinazione nei movimenti, igiene personale;
- fiducia, sia nell'adulto sia nel compagno di cordata: io, adulto, sono legato a te; se sbagli tu ti tengo io, ma se sbaglio io mi tieni tu.

L'altro aspetto che abbiamo curato nei minimi dettagli è stato quello dell'attrezzatura personale di ogni partecipante. La montagna ti insegna che non esiste buono o cattivo tempo, ma buono o cattivo equipaggiamento, ogni partecipante ha ricevuto oltre un *kit* per ferrata completo, anche (dove necessario) abbigliamento e attrezzatura specifica. Questo non tanto per una questione di immagine o bellezza, ma per una questione di sicurezza e correttezza nell'affrontare il percorso e le fatiche che ne derivavano.

I risultati positivi di questo progetto sono stati:

- Coinvolgimento di realtà associative di volontariato esterne, che hanno contribuito con la loro presenza con valori personali e di competenze professionali;

- Crescita personale dei ragazzi coinvolti negli aspetti di autostima, elaborazione dei propri vissuti, sviluppo delle potenzialità personali;
- Nascita e crescita di relazioni significative, sia tra i pari che con gli adulti presenti;
- Approccio alla montagna come strumento per i giovani per mettersi alla prova e conoscersi in modo più profondo accettando i propri limiti.

Concludendo, l'esperienza è stata tanto positiva che, visti i risultati, abbiamo in cantiere di proporre il progetto per l'estate 2006, con il principale obiettivo di integrazione sociale, abbinato a un avvicinamento più completo alla montagna. Il progetto futuro si amplierà da *trekking* specifico a percorso di avvicinamento tramite attività intermedie fino a una proposta di più giorni con specificità laboratorio montagna.

Tale progetto si propone:

- Elaborazione da parte del giovane di una propria memoria personale e collettiva che faciliti la strutturazione dell'identità personale;
- Conoscenza dell'ambiente montano come strumento di messa alla prova e di conoscenza profonda del sé;
- Integrazione nel contesto territoriale in cui il ragazzo vive, per creare un senso di appartenenza a una realtà spazio-temporale;
- Integrazione di ragazzi provenienti da comunità di tipo educativo in un contesto come quello della montagna facilitante la condivisione di valori;
- Contatto con realtà di volontariato "esterne" creando opportunità di socializzazione;
- Prevenzione del disagio sociale e sviluppo delle potenzialità personali e sociali;
- Crescita di relazioni significative con adulti di riferimento;
- Acquisizione di una maggiore consapevolezza corporea;
- Acquisizione di competenze manuali nell'uso appropriato dell'attrezzatura e di orientamento.

La montagna è scelta come strumento privilegiato nella prevenzione del disagio. La montagna in quanto ambiente naturale e storico ricco di stimoli diversi, favorisce la nascita di esperienze e relazioni significative, rafforza l'autostima, attiva la capacità di stare in gruppo.

A tal fine ci si propone di realizzare il progetto in tre diverse fasi:

Fase di progettazione: stesura del progetto, ricerca e coinvolgimento delle realtà interessate; contatti con associazioni di volontariato ed esperti.

Fase di attuazione: incontri con i ragazzi e gli adulti di riferimento, volontari ed esperti per iniziare una conoscenza personale e creare un'identità di

gruppo; incontri con persone chiamate a portare la loro esperienza personale di approccio alla montagna, nell'ieri e nell'oggi, valorizzando aspetti simili e diversi nel tempo; incontri di conoscenza tecnica di materiali per la montagna e di brevi esperienze sul territorio; uscita di quattro giorni come momento di ripresa del percorso fino a ora sviluppato, con attenzione particolare alla persona, al gruppo, alla modalità di integrazione nell'ambiente montano.

Fase di verifica: incontro di verifica da parte degli adulti sull'esperienza dell'uscita di più giorni e sulla preparazione alla stessa; momento di festa e ritrovo di tutte le persone coinvolte con la rivisitazione delle varie tappe del percorso e con la chiusura formale della proposta.

La metodologia formativa che si intende utilizzare è quella di tipo esperienziale, basata su un approccio pratico.

I potenziali destinatari del progetto sono:

- ragazzi e volontari provenienti dal contesto territoriale;
- ragazzi che frequentano strutture educative.

L'idea è di proporre il progetto a varie agenzie educative presenti nei Comuni di Riva del Garda, Trento e Rovereto. Inoltre si cercherà di coinvolgere persone volontarie presenti sul territorio.

L'intero progetto prevede:

- la supervisione da parte di uno psicologo, per quel che riguarda la dimensione relazionale e personale dei destinatari;
- un referente tecnico per l'attrezzatura e la formazione degli adulti, sia operatori che volontari;
- il monitoraggio *in itinere* da parte del Centro Salute Mentale di Arco, con cui è iniziata una collaborazione in seguito al Convegno sulla Montagnaterapia "Sopraimille" (settembre 2005).

Gli Autori

Antonietta Bolognani (infermiera)

Paolo Calzà (guida alpina)

Sandro Carpineta (psichiatra)

Paolo Di Benedetto (psichiatra)

Dino Ermini (educatore professionale)

Stefano Fanchin (guida per gli itinerari di montagnaterapia)

Milena Floriani (infermiera)

Fiorella Lanfranchi (psicologa)

Annibale Salsa (antropologo, Presidente Generale del CAI)

Michele Sbrana (educatore professionale)

Giulio Scoppola (psicologo, istruttore di alpinismo del CAI)

Dorina Tacchelli (infermiera)

Silvana Zummo (psichiatra)

Roberto Villi (Coordinatore “Progetto Sopraimille” – SAT di Riva d.G.)

Il Corso di formazione e il “Progetto Sopraimille” sono stati realizzati grazie all’indispensabile impegno dei soci della Sezione di Riva del Garda della Società degli Alpinisti Tridentini, e in particolare di Stefano Benini, Antonietta Bolognani, Diego Bordin, Sandro Carpineta, Milena Floriani, Gianfranco Mayer, Marco Matteotti, Stefano Reversi, Rudi Simonetti, Dorina Tacchelli, Roberto Villi.

Un particolare ringraziamento va a Fabio Vettori, realizzatore del logo di “Sopraimille” e del disegno che accompagna i corsi.