

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA  
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA  
CORSO DI LAUREA IN  
TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  
POLO DIDATTICO DI ROVERETO – SEDE DI ALA (TN)**

**TESI DI LAUREA**

***MONTAGNA E PSICHIATRIA:***

***UN "TRAIT D'UNION" POSSIBILE.***

**IL CORPO, LE EMOZIONI, LA RELAZIONE  
NEI RISULTATI DI UNA RICERCA MULTICENTRICA.**

**Relatore:**

**Prof. SANDRO CARPINETA**

**Laureanda:**

**FRANCESCA FUMANELLI**

**ANNO ACCADEMICO 2005-2006**

*Ringraziamenti.*

*Questi tre lunghi anni non sono stati per nulla una piacevole passeggiata: tanti sono stati i sacrifici, i momenti di sconforto, di arrabbiate e di stanchezza. Molte e intense sono state anche le soddisfazioni. Guardando al passato, ora, mi sembra incredibile di essere arrivata fin qui e mi viene quasi da sorridere!*

*Un grazie di cuore lo voglio dedicare a tutti i pazienti che ho incontrato durante i miei tirocini, che con i loro vissuti e i loro disagi hanno messo alla prova la mia maturità, permettendomi di crescere e conoscermi interiormente.*

*Un grazie sincero al Prof. Sandro Carpineta, che come relatore, mi ha aiutato e sostenuto nell'idealizzazione e nella realizzazione di questa tesi.*

*Un grande grazie va a chi ha sopportato i miei malumori e ha condiviso le mie gioie: grazie mamma!*

*Voglio ringraziare inoltre Antonietta, Dori, Milena e Sandro del Centro di Salute Mentale di Arco, Paolo "Trota", Roberto, Stefano, Rudi, Simone, Diego, Stefano, Gianfranco della S.A.T di Riva del Garda, e Oscar, Andrea, Roberto, Enrico, Elisa, Eva, Maura, Carla, Luigino, Rinaldo, Ettore, Gleison, Davide, Gianluigi, Nicola, Luciano, Giovanni..... insomma tutti i "Sopraimille" con i quali ho condiviso dei bellissimi momenti.*

*Infine, ringrazio tutti i pazienti e gli operatori che hanno aderito alla mia ricerca e hanno collaborato per realizzare questo lavoro.*

*Grazie a tutti. Francesca.*

## INDICE

<b><i>Prefazione.</i></b>	1
<b>Capitolo 1</b>	6
<b><u>Nozioni generali di riabilitazione psichiatrica.</u></b>	
1.1 <i>Principi di riabilitazione psichiatrica.</i>	6
1.2 <i>Il gruppo in riabilitazione psichiatrica.</i>	10
1.2.1 <i>Definizione di gruppo.</i>	10
1.2.2 <i>Il gruppo terapeutico.</i>	12
1.2.3 <i>Il gruppo a mediazione terapeutica.</i>	14
<b>Capitolo 2</b>	17
<b><u>La montagna come setting terapeutico riabilitativo.</u></b>	
2.1 <i>L'arte del camminare.</i>	17
2.2 <i>L'ambiente montano.</i>	19
2.3 <i>La montagna: da elemento patologico a strumento terapeutico.</i>	21
<b>Capitolo 3</b>	26
<b>L'esperienza sul campo</b>	
3.1 <i>L'esperienza del Centro di Salute Mentale di Arco: "Sopraimille"</i>	26
3.2 <i>Le uscite in montagna del gruppo "Sopraimille".</i>	29

3.3	<i>I risultati del gruppo “Sopraimille”.</i>	31
	<b>Capitolo 4</b>	35
	<b><u>La ricerca sul campo.</u></b>	
4.1	<i>Descrizione dello strumento di ricerca.</i>	35
4.2	<i>Obiettivi della ricerca.</i>	36
4.3	<i>Descrizione del campione.</i>	37
4.4	<i>I risultati della ricerca.</i>	40
	4.4.1 <i>Aspetto emotivo.</i>	40
	4.4.2 <i>Aspetto corporeo.</i>	42
	4.4.3 <i>Aspetto relazionale.</i>	44
	4.4.4 <i>Risposte aperte.</i>	46
4.5	<i>L’analisi dei risultati.</i>	46
	4.5.1 <i>Punti di forza.</i>	47
	4.5.2 <i>Punti di debolezza.</i>	48
	 <b>Capitolo 5</b>	50
	<b>A che punto siamo in Italia con la “montagnaterapia”?</b>	
5.1	<i>Alcune realtà della “montagnaterapia” in Italia.</i>	50
5.2	<i>Come realizzare un progetto di “montagnaterapia”.</i>	52
5.3	<i>Obiettivi per il futuro?</i>	59
	 <b>Conclusioni.</b>	60
	 <b>Bibliografia.</b>	64

**Allegati.**

67

*“Se sei in armonia con la natura, con tutte le cose che ti  
circondano, sei in armonia con tutti gli esseri umani.*

*Se hai perso il contatto con la natura  
perderai il contatto con gli uomini.”*

*Krishnamurti*

## **Prefazione.**

Il mio interesse per la “montagnaterapia”, risale a due anni fa, quando nell’inverno del 2004, ho svolto un tirocinio presso il Centro di Salute Mentale di Arco. Come tecnico della riabilitazione psichiatrica affiancavo gli operatori nei gruppi di riabilitazione.

Ricordo, in particolare un episodio, che allora mi aveva particolarmente colpito. Una mattina, una paziente, in attesa di iniziare l’attività, mi ha raccontato di aver trascorso la giornata del sabato con altri pazienti e di essere andata in montagna con loro. Non sono rimasta stupita del suo racconto, ma di quello che ha aggiunto in seguito: “Da quando vado in montagna, ho iniziato a guardarmi nuovamente intorno, ad apprezzare il sole, a guardare il cielo e gli alberi, e... ad andare in bicicletta...già ho ricominciato ad andare in bicicletta!...Non ci andavo da quando ero bambina! Per fortuna che una volta imparato non si dimentica più!”.

Mi sono sentita in imbarazzo, sbalordita, non capivo come fosse possibile non accorgersi del cielo azzurro o del sole che ci riscalda! Ma, è noto che il disagio psichico, può indurre non solamente ad ignorare le cose più evidenti ma, può portare a forme di alienazione vera e propria. In seguito, ho chiesto chiarimenti agli operatori, affinché mi presentassero il progetto “Sopraimille”. A questo punto, acquisita l’esistenza di questo progetto e potendo fondere con esso la mia personale passione per la montagna, ho deciso di approfondire la tematica della “montagnaterapia” come mio progetto di tesi e di intraprendere una ricerca a livello nazionale sul vissuto emotivo, corporeo

e relazionale di quei pazienti che partecipano a questo tipo di attività riabilitativa.

La tesi si compone di tre sezioni ed è suddivisa in cinque capitoli.

La prima sezione, di tipo introduttivo, percorre e rivisita le fondamentali nozioni della riabilitazione psichiatrica, ed in particolare i principi della riabilitazione secondo il modello biopsicosociale, il modello psicoeducativo, il modello comportamentista di Spivak e il modello di Luc Ciompi. Di seguito, viene approfondito il concetto di gruppo in riabilitazione psichiatrica, definendolo prima a livello di gruppo in generale, e solo successivamente come gruppo riabilitativo e gruppo a mediazione terapeutica.

Viene quindi, introdotta la tematica del camminare, come prerogativa esclusiva dell'essere umano, che attraverso il bipedismo, ha trovato una sua dimensione di vita, ha concepito di esistere ed è riuscito ad evolversi ed a sopravvivere. Camminare per l'uomo significa esistere, ma ai giorni nostri questo piacere è quasi del tutto dimenticato o reso impossibile dai ritmi frenetici che la società moderna ci impone. L'era virtuale ha soppiantato nell'uomo il piacere di quel legame ancestrale con la natura riducendo sempre più le sue possibilità di trovare il tempo per fare una passeggiata, sufficiente a volte a produrre un effetto benefico. Per questo motivo è essenziale all'individuo, anche come strumento terapeutico, recuperare l'arte del camminare, al fine di ritrovare la propria identità agendo sul proprio equilibrio interiore.

Ecco quindi, che la montagna diventa protagonista: quale luogo migliore di questo per riscoprire l'essenza primitiva di ogni essere umano trasformandola nientemeno che in un elemento terapeutico? La montagna che da sempre è stata etichettata come fonte di patologie, di traumi, di incidenti e catastrofi, si trasforma in un luogo e in una risorsa di cura privilegiato. Già, perchè da alcuni anni la montagna è uno strumento di riabilitazione a tutti gli effetti, per parecchie patologie: pazienti cardiopatici, leucemici, diabetici, oncologici ecc., hanno introdotto nel proprio programma riabilitativo, alcune escursioni in montagna. Ma l'ambito medico in cui i risultati sono più significativi, è quello della riabilitazione psichiatrica.

Inizia qui la seconda sezione della mia tesi, in cui ho illustrato un'esperienza sul campo della "montagnaterapia".

Ho presentato il progetto "Sopraimille", nato dalla collaborazione del Centro di Salute Mentale di Arco con la Sezione di Riva del Garda della Società degli Alpinisti Tridentini (SAT), che nell'ultimo anno ho seguito e condiviso personalmente. Questo progetto è attivo da tre anni e prosegue la sua esperienza con un numero sempre maggiore di partecipanti; le escursioni si svolgono principalmente nel territorio dell'Alto Garda trentino, un terreno di gioco favorevole, in cui è possibile praticare qualsiasi genere di escursione: l'arrampicata, le vie ferrate, le discese in grotta e il trekking durante la stagione estiva, e le uscite con gli sci e le ciaspole nel periodo invernale.

Il gruppo organizza le escursioni con cadenza mensile; l'attività si svolge per tutto l'anno, salvo una pausa estiva nei mesi di luglio e agosto. Da quest'anno, i pazienti hanno mantenuto la continuità del progetto, incontrandosi, in questa pausa estiva, con gli operatori del Centro di Salute Mentale per programmare loro stessi l'attività della prossima stagione.

Dopo tre anni il progetto "Sopraimille" si è consolidato ed è ora ricco di stimoli e novità per proseguire senza sosta il cammino iniziato. I risultati conseguiti in questi primi tre anni sono senza dubbio positivi; resta difficile, in assenza di uno strumento convalidato scientificamente, dimostrare in maniera oggettiva e plausibile i miglioramenti conseguiti dai pazienti. Chi ha conosciuto alcuni di loro, nella fase sperimentale del progetto, e li vede attualmente nelle escursioni, non può non riconoscere i benefici della "montagnaterapia".

Nell'ambito del progetto, gli operatori del gruppo "Sopraimille", hanno attivato da poco, un sito web ([www.sopraimille.it](http://www.sopraimille.it)), con la speranza e il desiderio che questo portale possa diffondere l'attività della "montagna terapia" e diventare riferimento di tutti quei gruppi che, in Italia, già si occupano di questo tipo di riabilitazione.

Nella terza sezione della tesi, ho presentato il lavoro della ricerca sul campo: attraverso l'utilizzo di un questionario, ho svolto un'indagine multicentrica

sulla risposta emotiva, corporea e relazionale di tutti quei pazienti che praticano la “montagnaterapia”.

Il questionario è proposto in forma anonima, vengono richiesti, l'età, il sesso e il numero di uscite effettuate ed è composto da trenta domande chiuse a risposta multipla (mai, quasi mai, talvolta, spesso, sempre ), mentre nella parte finale presenta due domande a risposta aperta.

Le domande del questionario mirano a esplorare le sensazioni vissute dai pazienti rispetto alle loro esperienze in montagna, focalizzando l'attenzione in particolare su tre tematiche precise: la risposta emotiva, la risposta corporea e la risposta relazionale, approfondendone i punti di forza e i punti di debolezza.

In materia di risposta emotiva, lo scopo è quello di individuare la gamma delle emozioni in gioco: ansia, tensione, gioia, piacere, paura, sicurezza, divertimento ecc, e verificarne gli aspetti positive e negativi.

Rispetto al corpo, con la consapevolezza che nel paziente con disagio psichico questo è spesso fonte di rifiuto o peggio ancora di negazione, si cerca di indagare se tramite la fatica, gli sforzi fisici, il freddo, il caldo, i dolori muscolari, l'ascolto del respiro o del battito cardiaco, il paziente sia di nuovo in grado di riscoprire e di riappropriarsi della sua dimensione corporea.

Per l'aspetto relazionale, si cerca di sondare quanto il paziente sia integrato nel gruppo, sottolineando la nascita di eventuali amicizie, i momenti di scambio e di aiuto con gli altri, e il rapporto con gli operatori.

Al fine di ottenere un campione rappresentativo, il questionario è stato divulgato a livello nazionale, a tutti quei Servizi che svolgono questo tipo di attività. Non è stato possibile, soprattutto per la ristrettezza dei tempi a disposizione per la ricerca, riuscire a raccogliere i dati di tutte le realtà psichiatriche che, in Italia, propongono questo tipo di attività riabilitativa.

Oltre al gruppo “ Sopraimille” del Centro di Salute Mentale di Arco (TN) che ho seguito personalmente, hanno risposto a questa indagine, il gruppo della Comunità Terapeutica “Montesanto“ di Roma, il gruppo della Cooperativa “Libra“ di Marostica (VI), il gruppo della Fondazione Emilia Bosis di Bergamo, il gruppo dell' Unità Organizzativa Disabili Adulti di Roma, il gruppo

escursionistico del A.S.L. di Roma, il gruppo del Centro di Salute Mentale della Val Seriana (BG), il gruppo del Centro di Salute Mentale D/12 di Roma, per un totale di ottantasei pazienti monitorati.

I risultati della ricerca effettuata sono interessanti e stimolanti.

In primo luogo si evidenzia che l'andare in montagna riduce in maniera efficace l'ansia, prima e durante l'uscita, e ha il beneficio di riuscire a distogliere i pensieri e le preoccupazioni più frequenti. In secondo luogo, si mette in evidenza, che durante le uscite, i pazienti manifestano un insieme di emozioni positive: un senso di benessere, di pace e di serenità e ritrovano la voglia di divertirsi. In terzo luogo emerge chiaramente l'interesse dei pazienti per la gita: si presentano puntuali alle uscite e si sentono molto ben integrati con il resto del gruppo. Diverso e più facile risulta essere anche il rapporto stesso tra pazienti ed operatori. Infine, risulta curiosa la risposta corporea: i pazienti, pur non sempre consapevoli della propria percezione fisica, manifestano grande soddisfazione per l'agilità e la forza del proprio corpo.

Alcune risposte del questionario hanno rivelato anche dei punti di debolezza nella ricerca svolta. Con questo, non si può di certo affermare che il risultato sia negativo, ma tutto ciò ci deve far riflettere e ci deve aiutare a trovare sempre nuove modalità di intervento, verificando e monitorando continuamente il lavoro che si sta svolgendo.

In fine, nell'ultimo capitolo, ho presentato l'attuale realtà italiana della "montagnaterapia" attraverso una mappatura dei centri conosciuti, che praticano questa attività.

Inoltre, come tecnico della riabilitazione psichiatrica, grazie alle nozioni apprese nei tre anni di studio e attraverso i dati raccolti nella mia ricerca, ho elaborato alcune proposte da sperimentare nei gruppi di "montagnaterapia", tra le quali, la creazione di una rete sociale di sostegno, una programmazione più efficiente delle uscite, le modalità di invio e il ruolo dei pazienti e come attribuire maggior attenzione alla percezione corporea e ai momenti di verifica.

*“Una persona non è un'altra persona.  
Chi è allora? E' un essere unico.”  
Svami Prajnanapada*

## *Capitolo 1*

### Nozioni generali di riabilitazione psichiatrica.

#### **1.1 Principi di riabilitazione psichiatrica.**

Secondo la definizione data da Benedetto Saraceno (1995), per riabilitazione si intende “l'insieme degli interventi che mirano ad aumentare le Abilità (o a diminuire le Disabilità) e a diminuire l'handicap”.

Quattro sono i modelli di intervento proposti:

- 1) Modello Biopsicosociale.
- 2) Modello Psicoeducativo.
- 3) Modello di Mark Spivak.
- 4) Modello di Luc Ciompi.

1) Modello Biopsicosociale: basato sulle teorie degli americani Anthony, Bellak, Farkas, Wallace e Liberman, questo modello introduce il concetto di Social Skills Trainig (SST), ossia l'impiego della teoria dell'apprendimento, per acquisire e conservare tutte quelle abilità sociali, necessarie all'individuo per saper gestire le situazioni interpersonali.

Si parla di modello biopsicosociale, in quanto l'esordio, il decorso e l'esito della malattia mentale è da ricercarsi nell'interazione di quattro fattori : la vulnerabilità, lo stress, il coping (fronteggiamento) e la competenza.

Nel soggetto, già provato psicologicamente, scatta una vulnerabilità in seguito ad avvenimenti particolarmente stressanti o improvvisi, o alla permanenza del soggetto in ambienti familiari, lavorativi o sociali in genere, particolarmente ostili, che gli impediscono di fronteggiare (coping) in maniera adeguata e appropriata la situazione in cui si trova. Le strategie riabilitative sono quindi rivolte allo sviluppo delle abilità del paziente e delle risorse ambientali.

L'intervento riabilitativo si articola in alcune fasi principali; innanzitutto c'è la fase di valutazione (assessment) delle funzioni e delle risorse del paziente; segue la fase di addestramento e infine si interviene sulle funzioni adattive e sociali del paziente: le relazioni con la famiglia, con il lavoro, con gli amici, la cura di sé, la gestione del denaro, l'organizzazione del tempo libero, la cura della propria casa, la preparazione dei pasti, ecc.

L'approccio del Social Skills Training si basa su alcuni metodi specifici: la dimostrazione da parte del terapeuta delle abilità da apprendere, il role playing del paziente su situazioni interpersonali, il problem solving, i "compiti a casa", e il rinforzo del terapeuta durante le fasi di addestramento. La finalità di questo modello riabilitativo è il raggiungimento o il riappropriamento da parte del paziente, di tutte quelle abilità sociali necessarie a garantirgli un grado di autonomia e di sopravvivenza nella comunità in cui vive.

2) Modello Psicoeducativo: basato sulle teorie di Brown, Wing, Leff, Vaughn e sugli studi sull' Emotività Espressa, cioè sulla relazione emotiva tra paziente e il familiare significativo. Secondo questi studi, i rischi di recidive sarebbero legati ai livelli di Emotività Espressa, ossia commenti critici, ostilità, ipercoinvolgimento emotivo e empatia da parte dei familiari, che condizionerebbero il decorso della malattia. Sono distinte due tipologie di famiglie: una a bassa ed una ad alta Emotività Espressa.

Il fine dell'intervento riabilitativo è quello di impedire o diminuire i rischi di ricadute del paziente, attraverso un percorso educativo destinato alle famiglie. La prima fase del programma prevede di educare i familiari sulla sintomatologia, il decorso e il trattamento della schizofrenia per diminuire i sensi di colpa, le reazioni negative alla malattia e lo stress; la seconda fase consiste in un incontro tra famiglie a bassa ed alta Emotività Espressa, senza la presenza dei pazienti, in cui i familiari possono mettere a confronto le proprie esperienze, le difficoltà e i successi con il familiare malato e non isolarsi; nella terza fase l'intervento è indirizzato a tutta la famiglia, paziente compreso, ed è mirato alla risoluzione dei problemi della convivenza.

Pur tenendo in considerazione il valore terapeutico del nucleo familiare, un altro esponente del modello psicoeducativo, Falloon, evidenzia la necessità di un intervento mirato, non tanto alla riduzione dell'Emotività Espressa all'interno della famiglia, bensì, ad aumentare l'abilità della famiglia e del paziente a fronteggiare le situazioni di stress e di ipercoinvolgimento emotivo. Il percorso educativo ha la finalità di far comprendere alla famiglia la complessità del disturbo, le capacità di comunicazione tra i familiari, i bisogni dei singoli familiari e di creare un rapporto di collaborazione e di supporto con i servizi psichiatrici e sociali, per reintegrare il paziente nella comunità in cui abita.

3) Modello di Mark Spivak : di tipo comportamentista, affronta il tema della cronicità psichiatrica, intesa come l'insieme dei problemi esistenziali, i continui fallimenti, le incapacità personali, che conducono il paziente ad un progressivo isolamento sociale e al rifiuto degli altri. Accanto all'autoisolamento del paziente, si manifesta anche l'allontanamento e l'esclusione del paziente da parte delle persone significative, dei servizi e piano piano, della comunità intera. Il paziente indossa così l'etichetta di malato cronico ed si colloca all'interno della cosiddetta "spirale viziosa" della cronicità. Il compito principale della riabilitazione psichiatrica, è quello di interrompere e prevenire questo gioco vizioso, di identificare le reali

problematiche del paziente, di eliminare tutti quei comportamenti socialmente inadeguati e sviluppare le competenze, seguendo un progetto terapeutico individualizzato.

In particolare Spivak propone tre requisiti fondamentali della riabilitazione da aggiungere alla continuità terapeutica di un progetto riabilitativo:

- stabilire una relazione di sostegno tra paziente e operatore (supporto);
- non confermare le aspettative del paziente rispetto ad un suo rifiuto a collaborare (permissività);
- mostrare apprezzamento per i comportamenti socializzanti del paziente (ricompensa).

4) Modello di Luc Ciompi: focalizza l'attenzione sulla crisi psicotica come momento totalmente destrutturizzante e/o al contrario come possibilità di cambiamento per il paziente.

I fondamentali principi riabilitativi che Ciompi indica, si possono sintetizzare così:

- l' applicazione di un grado di stimolazione ottimale per il paziente: di fronte alle situazioni acute ridurre qualsiasi richiesta psicosociale, e, nei momenti in cui predominano il ritiro e l'appiattimento favorire l'attivazione sociale;
- valorizzazione delle parti sane rispetto alle parti malate;
- considerazione del recupero dell'autonomia a lungo termine anziché l'immediata soddisfazione del paziente;
- sviluppo di programmi riabilitativi strutturati in un ambiente stabile;
- priorità alle competenze sociali necessarie per vivere nella comunità.

Inoltre, aggiunge Ciompi, il processo di cambiamento inizia più facilmente dalla modificazione del contesto sociale piuttosto che attraverso un intervento mirato esclusivamente al singolo paziente.

Questi sono solo alcuni principi della riabilitazione psichiatrica. Tutte le attività che vengono proposte all'interno e all'esterno dei Servizi psichiatrici, siano essi Centri Diurni, o Comunità Terapeutiche, o Reparti psichiatrici, seguono le filosofie di questi principi, con l'obiettivo finale di ridare al paziente una sua autonomia e una sua indipendenza, per poter vivere in equilibrio e in armonia con l'ambiente familiare e sociale che lo circondano.

## **1.2 Il gruppo in riabilitazione psichiatrica.**

### *1.2.1 Definizione di gruppo.*

L'utilizzo della gruppo come strumento di cura per pazienti psichiatrici si fonda sul fatto che la relazione, cioè l'interazione e la comunicazione fra due o più essere umani, è fondamentale per la crescita, per lo sviluppo, e per la sopravvivenza stessa dell'essere umano.

La relazione tra l'individuo e il suo gruppo di appartenenza, è il cardine degli indirizzi sociologico e sistemico, ma anche la teoria psicoanalitica pone sempre più l'accento sull'importanza dell'aspetto relazionale per lo sviluppo psichico. Si è passati così da una concezione centrata quasi esclusivamente sugli aspetti intrapsichici ad un'altra che, considera più esclusive le relazioni interpersonali e l'ambiente.

Secondo gli studi sullo sviluppo infantile e in particolare quelli relativi alla "teoria dell'attaccamento" di Bowlby, la predisposizione a socializzare è innata nell'uomo che ha, fin dalla nascita, la capacità di entrare in contatto relazionale con la persona che lo accudisce e dalla quale dipende per

sopravvivere. Si può quindi affermare che, è grazie alla relazione che la nostra mente può crescere e svilupparsi, ed è grazie ad essa che si costituisce il nostro senso del Sé.

Da questo principio derivano due importanti concetti. Da una parte che, secondo quest'ottica, la sofferenza psichica può essere letta come una scorretta interazione tra l'individuo e il suo gruppo di appartenenza e una complessa difficoltà comunicativa e relazionale; dall'altra, anche se le relazioni precoci (madre-bambino) sono costruttive, lo sviluppo del bambino è continuo e quindi anche le successive relazioni possono essere significative e produrre alcuni cambiamenti.

Ne consegue che, accanto alla relazione terapeutica operatore/paziente, il gruppo può essere considerato come lo strumento operativo più indicato per aiutare le persone ad inserirsi in una rete di rapporti sociali, facilitando così lo stare insieme per aiutare a stare insieme.

Generalmente, per gruppo si intende l'insieme di individui che hanno un interesse e uno scopo comune. Si fa distinzione tra gruppi primari, in cui i componenti sono legati da relazioni di tipo affettivo e amicali come la famiglia e gli amici e, i gruppi secondari, in cui il legame è condizionato da un obiettivo comune e sono regolarizzati da norme che disciplinano l'ingresso e l'uscita.

Il gruppo, inoltre, si caratterizza non solo per l'insieme delle peculiarità dei singoli componenti, ma anche per le dinamiche intrinseche al gruppo stesso: è un insieme dinamico, il cui fulcro si basa sulla interdipendenza, dalle relazioni che si stabiliscono tra i membri e che definiscono le caratteristiche del gruppo stesso. Questa definizione di gruppo risale alle teorie di K. Lewin che negli anni '40 studiò la dinamica dei gruppi e applicò il concetto di "campo" allo sviluppo della personalità: l'individuo deve essere considerato in riferimento ad un campo, immerso cioè, in una totalità di fatti reciprocamente interdipendenti.

Quando si parla di gruppo, è importante anche il concetto di coesione, intesa come forza che unisce e lega i membri di un gruppo. La coesione è

condizionata da fattori esterni alla formazione del gruppo, come le leggi, le norme, l'opinione pubblica, e da fattori interni, cioè propri del gruppo, come ad esempio aspetti di tipo affettivo e motivazionale (l'individuo può far parte del gruppo perché ne condivide uno scopo comune con gli altri membri o semplicemente per sfuggire alla sua solitudine) e aspetti di tipo organizzativo che riguardano i ruoli dei membri, la conduzione e la leadership.

Il leader del gruppo è la persona che focalizza su di sé l'attenzione e i sentimenti di tutti i membri. La tipologia della leadership si caratterizza dal modo in cui il leader esercita la propria influenza sugli altri e dalla maniera in cui si rapporta con loro (leadership autoritaria, leadership democratica e leadership permissiva).

### *1.2.2 Il gruppo terapeutico.*

Si definisce gruppo terapeutico, l'insieme non casuale di individui che si riuniscono per raggiungere un obiettivo comune, al fine di vincere il proprio disagio e di superare il proprio stato "persona malata"; esso implica un programma specifico: uno spazio preciso, dei tempi ben definiti, un conduttore e degli operatori preparati.

Il gruppo terapeutico rappresenta uno spazio sociale protetto, simile alla realtà esterna, in cui il soggetto può incontrare e confrontarsi con "l'altro", ed imparare ad instaurare delle relazioni interpersonali appaganti ed equilibrate. Esso svolge inoltre, la funzione di "contenitore", all'interno del quale il paziente può esprimere i propri sentimenti, positivi e negativi, e le proprie aspettative.

Il gruppo è generalmente composto da un numero limitato di persone (da 5 a 15), per evitare che un numero eccessivo di persone, riduca e modifichi le caratteristiche terapeutiche del gruppo stesso.

In ambito terapeutico-riabilitativo il gruppo si definisce secondo tre caratteristiche: aperto, autocentrato e eterocentrato.

Il gruppo aperto prevede la possibilità di inserire nuovi soggetti all'interno di un gruppo già esistente, permettendo ai pazienti appena entrati di osservare gli altri pazienti che stanno meglio di loro, aumentando così lo stimolo al miglioramento e la volontà di raggiungere un maggior livello di benessere. Risulta più facile ai pazienti identificarsi con altre persone che hanno fatto lo stesso percorso riabilitativo piuttosto che con gli operatori, visti come modelli irraggiungibili!

Nel gruppo autocentrato l'attenzione è rivolta a ciò che accade nel gruppo, in maniera tale che l'esperienza di cui si discute riguardi tutti i partecipanti. Nel gruppo eterocentrato c'è una maggior differenziazione di esperienze, di problematiche, di storie, di disagi; si parla di ciò che avviene e si vive fuori dal gruppo. Non significa casualità, ma l'eterogeneità rende il gruppo più simile alla realtà esterna. Questo tipo di gruppo consente la percezione da parte dei pazienti dell'universalità delle problematiche che bisogna affrontare, il vedere che certi sentimenti, certe difficoltà sono in realtà molto simili a quelle degli altri membri del gruppo, può incidere positivamente sul senso di estraneità e di persecutorietà che loro stessi provano. La partecipazione emotiva ai problemi e ai vissuti espressi dagli altri membri facilita nei pazienti la condivisione e il rapporto fra compagni, favorisce lo sviluppo della coesione e del senso di appartenenza al gruppo.

Attraverso la coesione e l'integrazione con membri del gruppo, i pazienti possono raggiungere più facilmente una maggior consolidazione e coesione della propria interiorità. Se il gruppo è composto da individui che devono imparare a stare insieme, analogamente gli individui, costituiti da un insieme di più parti, dovranno fare in modo che queste singole parti si integrino fra loro. Questo processo permetterà ai pazienti di raggiungere una migliore integrazione sociale e una conferma della propria identità. Il gruppo consente ai pazienti, grazie al confronto con gli altri, un esame più corretto della realtà e fornisce loro la possibilità di manifestare, riconoscere e modificare i propri

vissuti interiori e le proprie modalità di comportamento, mediante il feed-back positivo o negativo del gruppo.

Affinchè il gruppo possa essere un buon strumento operativo, è necessaria la presenza di un conduttore che lo gestisca. Il conduttore deve saper cogliere le dinamiche che si sviluppano all'interno del gruppo, avere presente il compito e il progetto terapeutico, preservarne i confini e adattare lo stile di conduzione a seconda del momento; è importante che vi sia accordo e collaborazione tra conduttore e gli altri operatori. Il gruppo diventa uno strumento efficace tanto più i pazienti sono uniti e sintonizzati tra loro sul compito da svolgere.

W. Bion sottolinea la presenza di due diverse componenti nel lavoro dei gruppi: da una parte il gruppo di lavoro o relazionale, conscio; dall'altra il gruppo degli assunti di base, inconscio, costituito da meccanismi di difesa (assunto di dipendenza, assunto di attacco e fuga, assunto di accoppiamento). Il conduttore deve saper cogliere la presenza di questi assunti di base, per facilitare la comprensione delle dinamiche del gruppo ed evitarne l'immobilità.

### *1.2.3 Il gruppo a mediazione terapeutica.*

Parlando di gruppi terapeutici, una nota di attenzione va rivolta anche ai *gruppi a mediazione terapeutica*, in cui oltre alla situazione di gruppo (insieme di pazienti, operatori e conduttore) vi è l'introduzione di un oggetto, in qualità di medium che concilia e accorda posizioni divergenti. I gruppi a mediazione terapeutica non sono gruppi ergoterapici o occupazionali, non mirano all'apprendimento di competenze ma sono terapeutici nella misura in cui mirano alla costruzione di un senso, all'offerta di uno spazio d'esperienza e di un processo di sviluppo. Lo scopo principale è quello di attivare o rianimare quei processi psichici che sono statici e non modificabili in altro modo.

Concetti fondamentali dei gruppi a mediazione terapeutica sono:

- situazione di gruppo: gruppo come insieme, contribuisce alla strutturazione psichica attraverso i processi specifici, come l' appoggio sicuro , la durata, il concetto di tempo ecc.
- figurabilità: l'azione che cerca di dare forma e figura a ciò che non riesce ad essere verbalizzato ed espresso. In tal senso il lavoro di mediazione è un lavoro creativo di trasformazione, un dare forma ai confini del rappresentabile e del non-rappresentabile.
- oggetto di relazione: un oggetto concreto, appartenete al campo dell'intermediario, che si situa "tra i due" o "i più di due", tra due spazi e tra due tempi. E' un oggetto di divisione, che viene utilizzato dalle persone nello stesso tempo ma in maniera diversa.
- oggetto mediatore: si situa tra la realtà esterna e mondo psichico interno del soggetto, può essere rappresentato da un oggetto concreto, un'azione, un oggetto culturale e il suo valore dipende dalla modalità con cui lo si utilizza. Non è importante l'oggetto in sé, quanto la sua funzione di supporto per lo sviluppo del pensiero e del significato che assume (simbolo). Nella scelta dell'oggetto è importante tenere in considerazione le capacità e le difficoltà di simbolizzazione dei membri del gruppo.
- il preconcio: svolge una funzione di legame e di trasformazione, consente al soggetto di sperimentare che la realtà interna è trasformabile in un significato concreto , in qualche cosa di familiare e di cui ci si può fidare.

L'elemento centrale dell'azione terapeutica risiede nel fornire in vario modo e in vari momenti, strutturati e non, le condizioni perché il paziente possa acquisire la capacità di darsi e dare forma a ciò che lo circonda.

L'utilizzazione di oggetti mediatori nei gruppi corrisponde direttamente alle abilità creative e produttive degli individui. Senza queste, il lavoro di mediazione perde la sua efficacia. Non meno importante è anche il supporto proiettivo che genera l'oggetto mediatore sul paziente: quest'oggetto può condensare i vissuti affettivi dei membri del gruppo e mantenere l'evoluzione progressiva dell'immaginario di gruppo.

*“C’è nel mondo fisico una costante continuità di relazione tra il caldo e il freddo, tra la luce e l’oscurità, tra il moto e la quiete, come tra le note basse e le alte di un piano. Ecco perché queste forze opposte non producono confusione, ma armonia nell’universo.” Rabindranath Tagore*

## Capitolo 2

### La montagna come setting terapeutico riabilitativo.

#### 2.1 L’arte del camminare.

“Camminare significa aprirsi al mondo. L’atto del camminare riporta l’uomo alla coscienza felice della propria esistenza, immerge in una forma attiva di meditazione che sollecita la piena partecipazione di tutti i sensi....Camminare è vivere attraverso il corpo, per breve o lungo tempo...trovare sollievo nei boschi ci permette di riprendere fiato, di affinare i sensi e ravvivare la curiosità. E’ un espediente per riprendere contatto con se stessi.” ( D. Le Breton, 2000 ).

L’uomo è riuscito a dare un senso alla realtà, a conoscerla ed a condividerla con altri individui, grazie alla capacità di reggersi su due gambe ed iniziando a camminare. Da migliaia di anni, attraverso questo importante passaggio, l’uomo è riuscito a compiere numerosi movimenti, modificando e aggraziando la sua postura e la sua figura corporea; anche se la sua resistenza e la sua potenzialità fisica sono rimaste praticamente immutate, l’uomo ha sviluppato la capacità intellettuale che lo ha differenziato da tutti gli altri animali.

Il camminare è un atto propriamente corporeo, che coinvolge il respiro, le ossa, la muscolatura, ma anche la volontà e il coraggio. L’uomo conosce gli

impedimenti e le gioie del cammino: la fatica, la sete, la fame, la stanchezza, il caldo, ma anche la serenità, il piacere di raggiungere la meta, di interagire con altre persone, di scoprire un luogo sconosciuto o di arrivare sulla cima di una montagna. Camminando l'uomo assapora la lentezza del tempo che passa e la semplicità delle cose; riesce quasi a crearsi un suo spazio e un suo tempo.

Il camminare rappresenta il successo del corpo, stimola la capacità meditativa, aiutandoci a focalizzare anche le piccole cose, ci permette di interrogarci su noi stessi e su tutto ciò che ci circonda, sulla natura, sulla società, e sul nostro rapporto con gli altri.

Mentre cammina l'uomo amplifica la percezione attraverso i propri sensi: osserva il paesaggio, il cielo, sente i rumori, il canto degli uccelli, annusa i profumi, tocca le piante, i fiori, i sassi, assaggia i frutti che raccogliere lungo il sentiero.

Camminare, inoltre, induce ad un ridimensionamento immaginario delle dimensioni planetarie, riportandole ad una sorta di riferimento corporeo: ogni momento, ogni decisione dipende dalla resistenza fisica dell'individuo, dalla sua tenacia nel continuare il cammino, nello scegliere il percorso meno impegnativo e meno insidioso al fine di raggiungere il traguardo stabilito.

Camminare è sinonimo di viaggiare, da soli o in compagnia, per scoprire nuovi luoghi, nuove genti, ma principalmente per comprendere la propria individualità. Viaggiare a piedi significa riconoscere il valore di ogni piccola cosa, di ogni singolo istante, per ritrovare la capacità di godere pienamente degli eventi che la vita ci riserva. Si potrebbe affermare che camminare equivale ad esistere!

Fin dall'antichità, filosofi, scrittori e grandi pensatori hanno elaborato le loro teorie e i loro scritti mentre camminavano: Aristotele, Socrate, Platone fino a Kant, Nietzsche, Rousseau, tutti hanno elogiato il camminare come bisogno fondamentale dell'uomo per conoscere e percepire la realtà, per fare esperienza e per relazionarsi con l'altro.

Nella società contemporanea, l'uomo si è quasi dimenticato delle capacità e dell'energia che sa trasmettergli il corpo; sempre più, oggi, l'uomo conduce

una vita sedentaria, statica e si sposta servendosi quasi totalmente dei moderni mezzi di trasporto.

L'industrializzazione, la modernità, il progresso, la crescita economica hanno fatto della fretta e del "non perder tempo" i principali imperativi a cui l'uomo non sa più rinunciare, portandolo a dimenticarsi della piacevolezza del fare due passi, per pensare, per rigenerarsi e per ascoltarsi. Vi è una negazione del corpo che porta l'uomo a danneggiare l'immagine di sé e del mondo che lo circonda e ne limita la sua potenzialità d'azione e di conoscenza della realtà.

E' quindi necessario riscoprire l'arte del camminare, perché attraverso questo gesto elementare, l'uomo è in grado di realizzarsi, di immergersi totalmente nel mondo, di ritrovare quel contatto primordiale con la terra e con la natura di cui ha estremamente bisogno.

## **2.2 L'ambiente montano.**

Il nostro territorio alpino si presenta come uno straordinario mondo pieno di bellezza, con oggetti che spesso ci trasportano in un clima di favola o in un sogno, un luogo meraviglioso e misterioso allo stesso tempo. E' un ambiente che ci cattura, in cui la forza di volontà e la dedizione si arricchiscono di valore aggiunto, valori come la percezione, il coraggio, l'onestà, la consapevolezza, si formano e si affinano in tanta bellezza e maestosità. La natura e il mondo alpino insegnano moltissime cose e ricompensano chiunque li frequenti. Con facilità ci si sente di confermare il detto che "l'alpinismo forgia gli animi"!

Le escursioni e le salite in montagna sono un'ottima palestra di addestramento sia fisico che psicologico: si allenano il senso del movimento e dell'equilibrio, si irrobustisce la muscolatura, si migliorano la resistenza e la prestazione personale, si stimolano l'apprendimento e la motivazione, si ampliano la conoscenza di sé e la propria autostima.

Antichissimo è il rapporto tra l'uomo e la montagna: dagli abitanti dei monti, ai cacciatori, dagli escursionisti agli alpinisti veri, tutti costoro hanno fatto della montagna la loro ragione di vita. Chi si è avvicinato alla montagna spinto da motivi spirituali, chi per agonismo sportivo pur di tracciare nuovi limiti nell'antico rapporto tra l'uomo e l'ambiente, ognuno di loro ha voluto conoscere a fondo il territorio da scoprire, apprendendo sensazioni e impressioni che talvolta hanno marcatamente modificato la propria esistenza.

Ma è la natura stessa dell'uomo che ha la possibilità di aprirsi nel suggestivo incontro con la natura montana. Si crea una relazione speciale, caratterizzata dal senso dei propri limiti di fronte alle sfide e alle difficoltà, e delle proprie paure nei confronti delle mete irraggiungibili.

La maestosità della montagna e la sua "verticalità" trasferiscono la loro grandezza anche nell'animo di chi le affronta. Il senso del limite che trasmettono all'esterno corrisponde anche a un limite interno, proprio di ogni essere umano. L'uomo di montagna sa di non essere invincibile e onnipotente, è consapevole che esiste qualcosa di sovrano alle proprie possibilità.

Montagna significa anche amicizia. Ogni alpinista vuole condividere il suo tempo in montagna con gli amici veri, sui quali sa di poter contare in ogni situazione, dalla più gioiosa alla più triste.

Ma montagna è anche impegno, non solo quello fisico della salita, ma il dover maturare una capacità di valutazione dei rischi e dei pericoli intrinseci al percorrere e al visitare questi luoghi. L'impegno è quindi la conoscenza dei comportamenti che questi spazi immensi richiedono. Ecco che, oltre ad avere una buona preparazione fisica, è fondamentale adeguare le proprie cognizioni di meteorologia, di orientamento, imparare a conoscere l'attrezzatura, la natura alpina (flora, fauna, geologia, geografia), le regole per la sicurezza e le nozioni di primo soccorso. L'approccio con la montagna significa anche conoscere e rispettare la cultura e le abitudini di chi ci vive; una sorta di umiltà e sobrietà dell'ospite in un ambiente che non è il suo.

La montagna è dunque un'esperienza completa e totale che attraverso la fatica e la dedizione, può permettere ad ogni essere umano di mettersi in gioco con se stesso e con l'immensità della natura.

## **2.2 La montagna: da elemento patologico a strumento terapeutico.**

Da sempre alpinisti, escursionisti, vacanzieri della domenica, appassionati di montagna hanno dovuto fare i conti con possibili malesseri fisici e psichici legati all'ascensione in quota.

Com'è noto, durante le salite in quota, la disponibilità di ossigeno diminuisce a causa della rarefazione dell'aria. Questo fenomeno, detto "ipossia", naturalmente vincolato alle caratteristiche personali, diviene importante oltre i 3000 m. s.l.m. e costringe l'organismo a reagire alla riduzione d'ossigeno. Una scarsa tolleranza all'ipossia può causare il cosiddetto "mal di montagna", una patologia che si manifesta dopo qualche ora di permanenza in quota, in particolare durante la notte.

All'origine del "mal di montagna" vi è il mancato acclimatemento dell'organismo all'altitudine che non riesce a rispondere ad una ridotta pressione d'ossigeno. La risposta all'alta quota è soggettiva e chiunque può essere vittima del "mal di montagna".

Le conseguenze del "mal di montagna" possono essere di entità variabile:

- forma acuta: compare dopo circa 6-8 ore, è caratterizzato da mal di testa, nausea, vomito e debolezza muscolare. Colpisce il 25% delle persone che salgono in quota con mezzi che consentono una salita veloce.
- forma subacuta: si riscontra in alpinisti che hanno trascorso un lungo periodo in alta quota e non si sono acclimatati. I sintomi sono stanchezza fisica e mentale, mal di testa, senso di peso al torace la

cosiddetta “fame d’aria”, insonnia, inappetenza, dimagrimento, colorito cianotico e frequenti perdite di sangue dal naso.

- forma cronica: è caratterizzata dagli stessi sintomi della forma subacuta ma più accentuati.
- edema polmonare: compare dopo circa quattro giorni, in persone che salgono rapidamente in alta quota. E’ dovuto al passaggio di liquidi negli alveoli, che normalmente contengono aria, e causa grave insufficienza respiratoria. Si manifesta con difficoltà di respirazione e tachicardia, tosse stizzosa con successiva emissione di secreto schiumoso e rosato, respiro rumoroso (rantolo), cianosi, oppressione toracica e grave prostrazione.
- l’edema cerebrale: è dovuto all’accumulo di fluidi a livello encefalico. Si caratterizza con mal di testa violento, resistente ai comuni analgesici, vomito, sonnolenza, stanchezza, stato confusionale, difficoltà ad eseguire movimenti semplici, progressivo torpore sino al coma.

In tutti questi casi è necessario trasportare le persone colpite a quote inferiori e praticare gli interventi del caso.

Il “mal di montagna” è favorito da uno sforzo fisico intenso; un buon allenamento non lo può eliminare ma consente al soggetto di ridurre i disturbi.

Alcune regole fondamentali da osservare per un buon acclimatamento all’altitudine: salire lentamente, sapersi fermare e riposare, essere attenti ai sintomi dolorosi e ai loro segnali, saper scendere se i sintomi persistono, non assumere alcolici e sonniferi, bere e alimentarsi regolarmente, evacuare altrettanto, riconoscere i propri limiti e saper prendere decisioni prudenti.

Accanto all’ipossia e ai suoi disturbi, l’ambiente montano può favorire altri sintomi patologici legati alla dimensione psicologica. Appartengono a questo

gruppo i Disturbi d'Ansia, come il Disturbo d'Ansia Generalizzato e il Disturbo di Panico con o senza aspetti agorafobici. Possono manifestarsi inoltre disturbi di tipo fobico, anche se non si può parlare di una vera e propria patologia, legati a situazioni emotive forti o drammatiche, dovute ad esempio a paure immotivate, di fronte ad un pericolo o vertigini.

Un altro tipo di disturbo è quello Post-traumatico da Stress, presente in persone che sono sottoposte a situazioni stressanti di notevole entità, come i sopravvissuti alle valanghe o a gravi incidenti di montagna.

Questa analisi schematica, seppur limitata alle patologie più comuni e frequenti, ci aiuta ora ad introdurre il concetto seguente: la montagna vista come elemento terapeutico anziché come fonte di patologia.

Negli ultimi anni l'ambiente montano, con le sue caratteristiche e le sue difficoltà, si è trasformato in uno strumento originale ed efficace per affrontare molti disagi psico-sociali. Si sono sviluppate esperienze diversificate: progetti di reinserimento sociale e sviluppo delle capacità individuali per i portatori di handicap psico-fisico o per adolescenti problematici, attività rivolte ai giovani inseriti in comunità per la cura delle dipendenze, percorsi originali per i non vedenti o rivolti a quei settori della marginalità sociale. Sono nate anche esperienze maggiormente legate all'ambito medico-sanitario, come la pratica dell'escursionismo per la riabilitazione cardiologica, per i malati diabetici, leucemici e oncologici, per non dimenticare la disabilità ortopedica, con esperienze di escursioni per anziani con artrosi importanti o l'attività dell'arrampicata come strumento fisiochinesiterapico per la cura della scoliosi.

Ma l'intervento che ha avuto maggior successo nell'ambito della riabilitazione in montagna, è quello legato alle patologie psichiatriche gravi.

Da sempre le strutture sanitarie hanno organizzato gite o brevi periodi di vacanza in montagna per i pazienti psichiatrici; da alcuni anni queste iniziative di tipo ricreativo e assistenziale, sono state trasformate in progetti specifici individualizzati per il raggiungimento di risultati riabilitativi precisi.

E' nata così quella che oggi viene comunemente chiamata la "montagnaterapia", termine coniato dal Dott. Giulio Scoppola.

Quello che diversifica la "montagnaterapia" da altre attività riabilitative in psichiatria è innanzi tutto la dimensione naturale. L'ambiente montano è un territorio poco modificato dall'uomo, affascinante, ricco di stimoli, di emozioni, di difficoltà e di bellezza, in cui l'individuo ha la possibilità di ritrovare un contatto primordiale con la natura. La montagna impone a chi la frequenta, ritmi, limiti, attenzioni, conoscenze non solo tecniche, ma legate ai suoi complessi fenomeni naturali come la meteorologia, la flora, la fauna, l'orientamento. La montagna può rappresentare una vera e propria palestra di stimolazione, della propria capacità di osservazione, di contemplazione ma in special modo della nostra intelligenza motoria.

E proprio il corpo è un elemento focale della "montagnaterapia". Spesso questo corpo nelle patologie psichiatriche viene abbandonato o rifiutato. Attraverso il movimento, la fatica, la verticalità, il raggiungimento della meta, la persona riscopre e si riappropria del proprio corpo.

Accanto alla dimensione corporea, si interviene simultaneamente sulla dimensione emotiva, che attraverso la stimolazione dell'ambiente, rimanda all'individuo una percezione del Sé integra e riunificata nelle sue parti frammentate. In sintesi queste esperienze emotive e corporee conducono l'individuo a ritrovare una presa di coscienza di Sé e ad avere la percezione di "esserci" nella realtà.

Dal punto di vista relazionale l'esperienza della terapia in montagna incrementa la socializzazione. Le escursioni avvengono in luoghi lontani dalle strutture sanitarie e sono accompagnate, non solo da personale sanitario ma, anche da professionisti della montagna, come le guide alpine o personale del Club Alpino Italiano (C.A.I.). Questo favorisce un'integrazione al di fuori del circuito psichiatrico, come può essere la frequentazione della sede delle sezioni locali del C.A.I., e un'ulteriore strategia per combattere lo stigma sociale, di cui il paziente psichiatrico è ancora spesso bersaglio.

Fondamentale è anche la dimensione dell'escursione in gruppo. Il gruppo in montagna diventa lo spazio per condividere le fatiche, gli entusiasmi, le

emozioni, le paure e le gioie. Ognuno può sperimentare i propri limiti e impara ad affidarsi agli altri quando è in difficoltà, diventa responsabile della propria sicurezza ma anche di quella degli altri, siano essi pazienti o operatori.

Le uscite in montagna sono indicate a tutte le tipologie di disturbo psichico, non vi sono preclusioni di gravità. L'attenzione va posta sulla composizione del gruppo e sul tipo di attività che si andrà a svolgere. Prima della fase attuativa, è necessario fare un' accurata progettazione teorica e di ricerca, definendo *in primis* le basi teoriche, terapeutiche e riabilitative a cui faranno riferimento tutte le escursioni in montagna.

I risultati più significativi, finì ad ora raggiunti, sono quelli relativi a pazienti con gravi patologie psichiatriche, come psicosi, autismo e gravi disturbi del comportamento.

*“Le cose più importanti della nostra vita non sono né straordinarie né grandiose. Sono i momenti in cui ci sentiamo toccati gli uni dagli altri.” Jack Kornfield*

## Capitolo 3

### L'esperienza sul campo.

#### **3.1 L'esperienza del Centro di Salute Mentale di Arco: “Sopraimille”.**

L'avventura del gruppo “Sopraimille” è nata nel 2003 grazie all'idea di alcuni operatori del Centro di Salute Mentale di Arco (TN) che, si sono convinti che l'ambiente montano poteva essere proposto come setting terapeutico-riabilitativo nella cura delle patologie psichiatriche.

Alla base di questo progetto c'erano, da una parte gli assunti teorici della riabilitazione psichiatrica di M. Spivak, G. Ba, A. Correale, M. Ferrara e altri, dall'altra un contesto non istituzionale da trasformare in uno strumento terapeutico.

Per raggiungere questo risultato è stato necessario, fin dall'inizio, stabilire una collaborazione con degli esperti della montagna, formulando e sottoscrivendo un preciso accordo tra gli Enti: il Centro di Salute Mentale di Arco dell' Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, i soci della sezione Società Alpinistica Tridentina (S.A.T.) di Riva del Garda e una guida alpina locale.

Gli scopi e gli obiettivi individuati in questo progetto erano:

- favorire l'aggregazione e la socializzazione
- aumentare i contatti con realtà esterne all'ambito psichiatrico
- stimolare la percezione corporea
- acquisire nuove competenze manuali e tecniche specifiche dell'alpinismo
- accrescere l'autostima e la conoscenza di sé attraverso il confronto con gli altri.

Nella fase di preparazione gli operatori sanitari hanno messo a disposizione degli esperti di montagna le loro conoscenze psichiatriche, fornendo elementi teorico-pratici sulla relazione, per facilitare la gestione del gruppo e dei singoli. Il personale della SAT, a sua volta, ha messo a disposizione le proprie competenze e le proprie conoscenze specifiche per individuare al meglio, gli strumenti e le tecniche per realizzare le uscite.

Nella prima fase sperimentale hanno partecipato al progetto cinque giovani pazienti del Centro di Salute Mentale, individuati e indirizzati verso quest'esperienza dallo psichiatra curante, in linea con il proprio progetto riabilitativo. Questo primo gruppo era molto eterogeneo risultando comunque, ben equilibrato. Gli operatori sanitari hanno partecipato attivamente a tutte le uscite con il compito di monitorare sia l'andamento dell'esperienza, in termini generali che del singolo paziente, che di intervenire nel caso in cui fossero sorti eventuali problemi con i pazienti. Gli esperti della S.A.T. hanno gestito gli aspetti tecnici dell'iniziativa e hanno guidato i partecipanti attraverso nuovi percorsi di vita, individuali e di gruppo. Al gruppo di partecipanti sono state proposte due iniziative: la prima, di condividere l'organizzazione delle uscite presso la sede della S.A.T. (tutti i partecipanti all'iniziativa "Sopraimille" sono diventati soci S.A.T.), per favorire la conoscenza reciproca e creare un clima più cordiale; la seconda, l'invito a partecipare alle escursioni in montagna, le cui caratteristiche, tipo di impegno, data d'uscita e difficoltà venivano definite di volta in volta.

Le tipologie delle uscite variavano in base all'impegno richiesto, dalle più semplici alle più articolate: sono state realizzate mini escursioni a piedi nei dintorni di casa, sino alle escursioni con le ciaspole e con gli sci da fondo sulla neve, discese in piccole grotte, arrampicate in parete e vie ferrate con pernottamento in rifugio. Tutti i partecipanti si sono misurati con la fatica, il freddo, la verticalità, la paura, i dolori muscolari dovuti anche ad anni di inattività fisica: se prima di allora questo tipo di esperienza era assolutamente negata, in questo contesto è stata invece accettata e condivisa.

Ogni uscita si è diversificata per il grado di difficoltà e per le sue finalità: all'inizio era importante la cura della dimensione relazionale, la conoscenza reciproca, il consolidare le relazioni interpersonali; in seguito l'attenzione si è spostata su altri fattori come l'osservazione della natura, la cultura e le tradizioni dei luoghi, l'orientamento, il mutare degli eventi, la meteorologia, la fauna, ecc., tutto al fine di riunire l'esperienza vissuta con l'aspetto riabilitativo.

Mano a mano che le uscite venivano realizzate, si è evidenziato sempre più il confronto tra il Sé malato e l'esperienza vissuta; inizialmente questa realtà nuova e stimolante è stata spesso respinta ma poi successivamente è riuscita ad integrarsi nell'esperienza di ciascuno. Le emozioni, i momenti trascorsi insieme, gli stimoli della natura, hanno fatto riscoprire e riappropriare il paziente di quel "senso di sé" assopito da tempo. Tutto ciò che sembrava difficile e impossibile, durante le uscite in montagna si è avverato con spontaneità e semplicità.

Da un punto di vista "tecnico" i risultati osservati, sono subito apparsi positivi: la crescita dell'autostima, il miglioramento della qualità delle relazioni interpersonali, il comportamento adeguato, il controllo dell'ansia, tutti aspetti che hanno confermato il buon andamento del percorso intrapreso.

Dopo tre anni di attività, il gruppo " Sopraimille" prosegue il suo cammino con una pausa solo nei mesi di luglio e agosto. Ad oggi i pazienti coinvolti sono diciotto e con loro sono state realizzate circa trenta uscite. Attorno a

questo gruppo sono nate altre iniziative di sensibilità con il sostegno del Comune di Riva del Garda.

Nel settembre 2005 si è svolto al rifugio Pernici per il secondo anno consecutivo, "Il Convegno Nazionale di Montagnaterapia" rivolto a tutti gli operatori che lavorano in ambito psichiatrico e ai soci del C.A.I e della S.A.T. Questo fa ben sperare visto che in Italia si stanno muovendo molti altri percorsi simili a questo.

### **3.2 Le uscite in montagna del gruppo "Sopraimille".**

Il gruppo " Sopraimille" dal 2003 ad oggi ha effettuato circa trenta escursioni in montagna.

Per organizzare al meglio ogni dettaglio delle escursioni, oltre all'aiuto degli esperti della SAT di Riva, si è fatto riferimento ai consigli di una guida alpina locale, che professionalmente frequenta la montagna, accompagnando i propri clienti in svariati generi di escursione.

L'esperienza maturata in questo ambito ci porta ad affermare che, per affrontare le uscite in montagna, è necessario tenere in considerazione alcuni importanti suggerimenti:

- organizzare l'escursione in modo completo: dalla partenza al ritorno a casa, la sua durata, il dislivello e il tipo di percorso;
- scegliere l'itinerario facendo riferimento a libri, guide, cartine topografiche, esperti locali, e valutare l'impegno richiesto, la morfologia, le pendenze, l'esposizione ecc.
- informarsi sulle previsioni meteorologiche relative alla giornata programmata e valutare possibili mutamenti, temporali, nebbie, perturbazioni ecc.

- tenere in considerazione il numero di partecipanti, le loro capacità, la disciplina, la loro preparazione fisica e psichica, l'equipaggiamento, l'eventuale esperienza in montagna.
- preparare l'attrezzatura necessaria all'uscita, abbigliamento, zaino, bevande, cibo, kit di pronto soccorso, ecc.

Le uscite si sono svolte con cadenza mensile e si sono diversificate per tipologia e livello di difficoltà.

Il *trekking o camminata*, è il tipo di uscita più pratico e meno impegnativo dal punto di vista tecnico. Il leader del gruppo, in questo caso la guida alpina, utilizza il proprio carisma nel "creare il gruppo", controlla l'attrezzatura e funge da riferimento per qualsiasi imprevisto. Il gruppo procede unito, percorrendo dislivelli di circa 200-300 m. in un' ora, fermandosi, quando necessario, per le pause in cui si ha la possibilità di dissetarsi e riposare. Durante il *trekking* si alternano momenti divertenti, come quelli del pranzo, e momenti più impegnativi; spesso si creano anche le occasioni per guardarsi intorno, apprendere nozioni di orientamento, di topografia, sulla flora e sulla fauna locale.

L'*arrampicata* è un' attività nella quale il paziente si mette in gioco, soprattutto dal punto di vista psicologico. Inizialmente la guida spiega l'utilizzo dell'attrezzatura specifica (caschetto, imbrago, moschettoni, corda ecc.); dopo di che dà una dimostrazione pratica, arrampicando sulla parete di roccia. Questo tipo di attività richiede un notevole impegno fisico: il paziente si trova faccia a faccia con la propria capacità motoria, deve capire ed eseguire i movimenti corretti per salire la parete; anche l'impegno psicologico, qui svolge un ruolo fondamentale: il paziente-arrampicatore dovrà concentrarsi e vincere la battaglia delle proprie paure ed indecisioni. Attraverso l'*arrampicata*, il paziente riesce a trovare un equilibrio tra la propria forza, la propria abilità motoria e le sue emozioni, crescendo così la sua capacità decisionale.

La *via ferrata* è anch'essa un'attività che prevede una progressione in verticale. Si sale su vie attrezzate con cordini di acciaio e altre attrezzature per superare i passaggi più impegnativi. L'elemento centrale di questa attività è la progressione del gruppo in cordata. Questo permette ai pazienti di muoversi ravvicinati, di potersi aiutare e confortare nei momenti di indecisione.

Le *escursioni invernali* permettono a loro volta di far conoscere l'ambiente montano sotto un punto di vista completamente diverso: la neve ricopre ogni riferimento e modifica a tal punto il paesaggio da renderlo nuovo anche se già percorso e conosciuto nelle altre stagioni.

Sono programmate diverse tipologie di uscite, dalla semplice camminata sulla neve, all'escursione con le ciaspole e all'utilizzo degli sci da fondo. Questo diverso modo di muoversi in montagna, consente al paziente un approccio completamente nuovo con l'ambiente montano; l'abitudine al freddo, l'uso di attrezzature e di tecniche impegnative, come ad esempio gli sci, la scoperta di emozioni nuove derivate dal contatto con la neve, sono tutti elementi in grado di arricchire il punto di vista di questi occasionali frequentatori, verso una montagna resa ancora più misteriosa e affascinante dal manto nevoso.

E' interessante osservare come la neve trasmetta in tutti qualcosa di magico e faccia tornare tutti un po' bambini, contagiando un po' tutti a giocare a palle di neve o a lanciarsi lungo i pendii innevati con la slitta o con il bob.

### **3.3 I risultati del gruppo “ Sopraimille”.**

In questi primi tre anni di attività, i risultati del gruppo “Sopraimille” fanno ben sperare per una prosecuzione ed un consolidamento di questo progetto anche negli anni avvenire.

Per la raccolta dei dati è stata ideata una scheda (vedi allegato 1 e 2), in cui gli operatori sono tenuti a riportare le caratteristiche dell'uscita (data, orario, numero progressivo, luogo, tipo di gita), i livelli di difficoltà (impegno tecnico, elementi oggettivi, impegno fisico), le osservazioni sul gruppo e la lista dei partecipanti.

Per ogni paziente è stata poi creata una "Scheda di osservazione sulla persona", suddivisa in tre sezioni, in cui si riportano le informazioni necessarie per fornire un quadro dettagliato delle capacità espresse dal paziente e del suo stato psichico generale.

Nella prima sezione si valutano le capacità tecniche espresse dal paziente, come la risposta fisica generale, l'equilibrio nel camminare, salire, arrampicare, la manualità nell'utilizzo dell'ambiente e degli strumenti, la concentrazione e l'attenzione, la progressione nella camminata e nell'arrampicata, la risposta ai consigli e l'utilizzo dei materiali (zaino, racchette, corda, moschettoni, sci, ecc.). Ad ogni items corrisponde un punteggio che va da 1 (pessimo) a 5 (molto buono). Ove non è possibile fare una valutazione viene assegnata la codifica "non valutabile" (nv).

Nella seconda sezione della scheda si valuta la dimensione psicopatologica dei pazienti, ovvero il Disturbo d'Ansia, il Disturbo Depressivo, il Disturbo Maniacale, il Disturbo del Pensiero, il Disturbo Allucinatorio, il Disturbo Comportamentale e il Disturbo della Relazione. Per ogni area si valuta l'andamento nell'arco della giornata e si assegna una codifica di cinque valori, da 1 (disturbo assente) a 5 (disturbo molto grave). Ove non è possibile valutare l'attendibilità dell'area considerata si può assegnare la codifica "non valutabile" (nv).

Nella terza sezione si riportano le tipologie dei farmaci assunti dai pazienti in tale periodo: neurolettici, ansiolitici, antidepressivi, stabilizzatori e altri.

E' stata inoltre creata una scheda di osservazione sulle riunioni, in cui si valutano la partecipazione (attiva, indifferente e passiva) dei pazienti e la qualità dell'atteggiamento (oppositivo, indifferente, collaborativo) durante gli incontri preparatori e quelli di valutazione post -uscita.

I dati raccolti in questi tre anni di attività mostrano un sensibile miglioramento dei pazienti nella fase iniziale che tende poi a mantenersi piuttosto stabile nel corso delle uscite successive (vedi allegato 3). E' altresì plausibile sottolineare che gli strumenti di verifica così ideati, non riescano a cogliere nel modo più appropriato tutti gli aspetti messi in gioco nel paziente nell'ambito del progetto. I dati positivi che sono comunque emersi, sono sufficienti ad indurre a continuare sulla falsa riga percorsa.

La risposta positiva viene soprattutto dal controllo dei disturbi psicopatologici. Anche la risposta fisica generale è sufficientemente buona, nonostante i valori siano distribuiti in maniera più frammentata.

Il risultato più significativo riguarda sicuramente la crescita del numero di partecipanti: nella fase iniziale i pazienti coinvolti erano cinque; oggi sono diciotto.

Molti sono gli aspetti che differenziano e agevolano il gruppo " Sopraimille" rispetto ad altre realtà italiane:

- l'esistenza di una forte rete di collaborazione e di socializzazione tra più attori: l' Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, il Centro di Salute Mentale di Arco, il Comune di Riva del Garda, la Società Alpinistica Tridentina ( S.A.T) e le guide alpine.
- un terreno di gioco molto ricco che facilita la sperimentazione delle più diverse tipologie di uscita in montagna (escursione, via ferrata, sci, arrampicata, discesa in grotta ecc.).
- l'invio del paziente verso questo tipo di attività riabilitativa da parte del medico curante.
- la programmazione di incontri preparatori all'uscita e di incontri di discussione e valutazione dopo l'uscita (visione di foto e filmati) ; da quest'anno, durante la pausa estiva i pazienti si incontrano al Centro di Salute Mentale per programmare l'attività della stagione successiva

Elemento chiave di queste uscite è proprio la presenza di esperti della montagna, in particolare la figura della guida alpina, che attraverso modalità diverse riescono a trasmettere ai pazienti nozioni tecniche e informazioni sull'ambiente montano, ma soprattutto riescono a "contagiare" il gruppo con il loro entusiasmo e la loro simpatia, trascinando, con relativa facilità, i pazienti in un'atmosfera gioiosa e positiva.

*“La vita è un movimento. Più c’è vita, più c’è  
flessibilità. Più siete fluidi, più siete vivi”  
Arnaud Dejadins*

## *Capitolo 4*

### La ricerca sul campo.

#### **4.1 Descrizione dello strumento di ricerca.**

Fino ad oggi, i dati raccolti e i risultati relativi alle esperienze in montagna con i pazienti psichiatrici, vengono elaborati esclusivamente attraverso l’osservazione soggettiva degli operatori sanitari, dei medici, e degli esperti di montagna che partecipano alle escursioni. Non esiste in letteratura uno strumento oggettivo di valutazione e di interesse psichiatrico in grado di rilevare i benefici di questa attività riabilitativa.

Per questo motivo, ho ritenuto utile realizzare un questionario specifico, da proporre direttamente ai pazienti, sulla base di strumenti già scientificamente validati, come la HoNos e la Skill Life Profile.

Questo lavoro non ha la pretesa di essere esaustivo né tanto meno universale; il suo intento è quello di raccogliere un numero di dati significativi rispetto al vissuto dei pazienti che affrontano l’ambiente montano come setting riabilitativo per i loro disagi.

Il questionario viene proposto in forma anonima, sono richiesti, l’età, il sesso e il numero di uscite effettuate. E’ composto da trenta domande chiuse a

risposta multipla (mai, quasi mai, talvolta, spesso, sempre), mentre nella parte finale presenta due domande a risposta aperta (vedi allegato 4).

Le domande del questionario mirano a sondare le sensazioni vissute dai pazienti rispetto alle loro esperienze in montagna, focalizzando l'attenzione in particolare su tre tematiche precise: *la risposta emotiva* (items 2, 4,5,6,16,23,24,26,27,28,30,31), *la risposta corporea* ( items 7, 8, 9,10,11,12, 13,14,15,17) e *la risposta relazionale* ( items 3,18, 19, 20, 21, 22, 25, 29,).

Nel questionario, ho cercato, inoltre, di evidenziare la situazione prima, durante e dopo l'uscita, per stabilire la presenza o meno di una continuità temporale dell'esperienza vissuta dal paziente.

Le domande sono state formulate nella forma più sintetica e diretta possibile, per favorire una risposta autonoma in ogni paziente. Nei casi più complessi, si è dovuto ricorrere ad un aiuto degli operatori per favorire la corretta comprensione e per fornire ai pazienti una concreta possibilità di risposta.

I questionari sono stati inviati tramite e-mail ai medici responsabili dei gruppi, correlati da una breve premessa per illustrare gli obiettivi dello studio e fornire utili indicazioni agli operatori (vedi allegato 4). Accanto ai dati raccolti nel questionario, ho chiesto agli operatori di indicare, in un secondo momento, la diagnosi dei pazienti, per poter eseguire un confronto tra le diverse patologie che caratterizzano il disagio dei pazienti. E' stato inoltre fissato un termine per la raccolta dei questionari, al fine di poter disporre di un tempo adeguato per la rielaborazione dei dati.

## **4.2 Obiettivi della ricerca.**

Questo studio ha l'obiettivo di raccogliere un numero significativo di dati rispetto al vissuto dei pazienti che frequentano la montagna con finalità terapeutiche riabilitative (vedi allegato 5). In particolare, si desiderano approfondire i punti di forza e i punti di debolezza di questa particolare

attività, facendo riferimento alle risposte emotive, corporee e relazionali dei pazienti.

Rispetto alla risposta emotiva, lo scopo è di individuare la gamma delle emozioni in gioco: ansia, tensione, gioia, piacere, paura, sicurezza, divertimento ecc, e verificarne gli aspetti positive e negativi.

Rispetto al corpo, con la consapevolezza che nel paziente con disagio psichico questo è spesso fonte di rifiuto o peggio ancora di negazione, si cerca di capire se tramite la fatica, la forza fisica, il freddo, il caldo, i dolori muscolari, l'ascolto del respiro o del battito cardiaco, il paziente sia di nuovo in grado di riscoprire e di riappropriarsi della sua dimensione corporea.

Per l'aspetto relazionale, si cerca di sondare quanto il paziente sia integrato nel gruppo, sottolineando la nascita di eventuali amicizie, i momenti di scambio e di aiuto agli altri, il rapporto con gli operatori sanitari e medici ecc.

Nel questionario ho scelto inoltre, di posizionare i quesiti secondo un ordine casuale, al fine di verificare la presenza di una coerenza nelle risposte dei pazienti. Infine, ho scelto di verificare la possibile continuità temporale dell'esperienza in montagna, inserendo domande riferite ai periodi vissuti prima e dopo l'uscita.

### **4.3 Descrizione del campione.**

Al fine di ottenere un campione rappresentativo, il questionario è stato divulgato a livello nazionale, a tutti quei Servizi che svolgono questo tipo di attività. Non è stato possibile, soprattutto per la ristrettezza dei tempi a disposizione per la ricerca, riuscire a raccogliere i dati di tutte le realtà psichiatriche, che in Italia, propongono questo tipo di attività riabilitativa.

Oltre al gruppo " Sopraimille" del Centro di Salute Mentale di Arco (TN) che ho seguito personalmente, hanno partecipato a questa indagine, il gruppo della Comunità Terapeutica "Montesanto" di Roma, il gruppo della Cooperativa "Libra" di Marostica (VI), il gruppo della Fondazione Emilia Bosis

di Bergamo, il gruppo dell' Unità Organizzativa Disabili Adulti di Roma, il gruppo escursionistico del A.S.L. di Roma, il gruppo del Centro di Salute Mentale della Val Seriana (BG), il gruppo del Centro di Salute Mentale D/12 di Roma, per un totale di ottantasei pazienti (vedi tabella I).

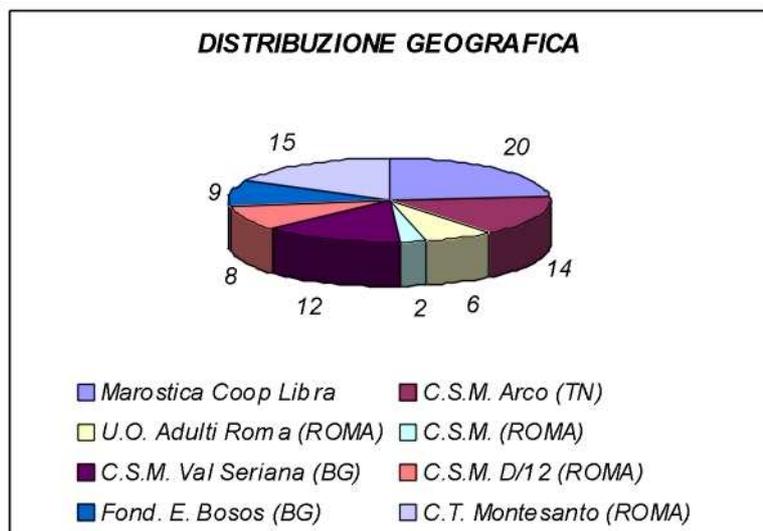


Tabella I. Distribuzione per aree geografiche dei pazienti intervistati.

Gli ottantasei pazienti intervistati si dividono in quindici femmine e settantuno maschi (vedi tabella II). Questa considerevole differenza non è da attribuire alle difficoltà che l'ambiente montano può presentare per una paziente donna; forse quest'ultima è ancora poco stimolata a rivolgersi verso questo tipo di attività .



Tabella II. Distribuzione per genere dei pazienti intervistati.

L'età media degli ottantasei pazienti è di circa trentasei anni (36,3 anni), con il paziente più giovane di anni ventuno e il più anziano di anni settantadue. Quello che differenzia significativamente la collocazione dei pazienti per età è la tipologia dell' uscita che il gruppo affronta: l'escursione di arrampicata o la via ferrata, ad esempio, viene preferita dai pazienti più giovani; viceversa chi partecipa alle semplici escursioni a piedi è spesso il soggetto con un'età più avanzata. Il numero di uscite effettuato dai pazienti è molto variabile, anche nella loro frequenza: ci sono gruppi di escursionismo che programmano uscite ogni settimana, chi a cadenza bisettimanale e chi a cadenza mensile. Una altra differenza evidenziata è, inoltre, nella data di inizio della attività: ci sono gruppi che hanno iniziato ormai quasi dieci anni fa, chi invece è ancora nella fase sperimentale del primo anno. Facendo una media delle risposte raccolte tra i pazienti intervistati, risulta che ogni paziente ha svolto mediamente diciassette uscite.

Nella Tabella III è possibile osservare la distribuzione per patologia nei pazienti intervistati. Non è stato possibile elaborare i risultati raccolti confrontando le diverse patologie, in quanto la distribuzione è stata molto disomogenea (vedi allegato 6). Sugli ottantasei pazienti, 59 hanno una diagnosi di Psicosi, 14 hanno una diagnosi di Disturbo di Personalità, 10 hanno una diagnosi di Ritardo Mentale e 3 hanno una diagnosi di Disturbo dell'Umore.

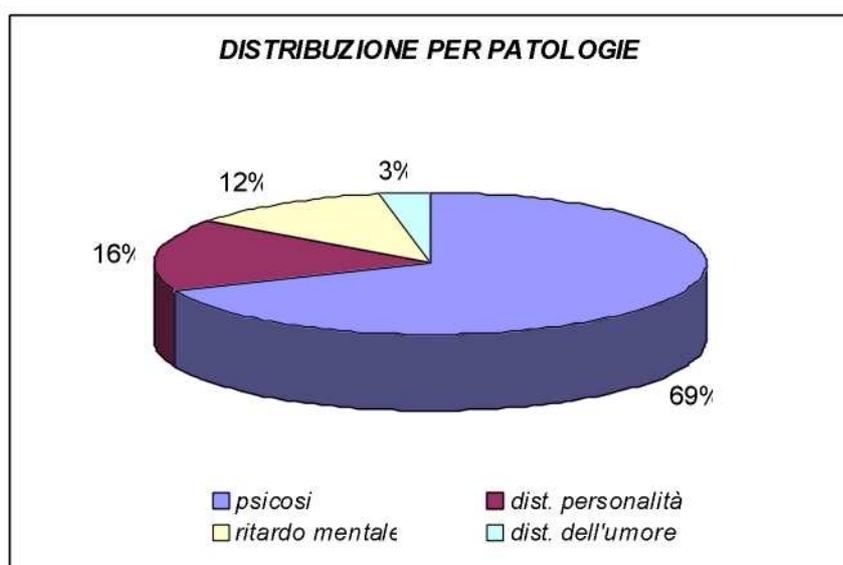


Tabella III. Distribuzione per patologia nei pazienti intervistati.

#### 4.4 I risultati della ricerca.

##### 4.4.1 *Aspetto emotivo.*

Nel questionario le domande 2, 4, 23, 24 sono indirizzate a riscontrare la presenza o meno dell'ansia. Questo disagio può manifestarsi nei giorni precedenti l'uscita, al momento di iniziare l'attività, al pensiero di rimanere fuori casa tutto il giorno, o addirittura la notte, fino al bisogno di interrompere l'attività e tornare indietro.

Mediamente i pazienti hanno risposto in modo positivo, nel 48% dei pazienti l'ansia non si presenta mai, nel 16% quasi mai, nel 21% talvolta, nel 9% spesso e nel 6% sempre. Le domande 5, 6, 26,27,31 alludono alla capacità di divertirsi, di distogliere le preoccupazioni, di sentirsi bene e stare meglio; in media il 4% hanno risposto mai o quasi mai, il 15% talvolta, il 27% spesso e il 50% sempre.

Rispetto all'acquisizione di maggior sicurezza personale (domanda 28) e ad un eventuale cambiamento (domanda 30), i pazienti hanno risposto nel seguente modo: mai l' 8%, quasi mai il 5%, talvolta il 35%, spesso il 23% e sempre il 29%.

Alla domanda 26, che chiede al paziente di ripensare a come si è sentito durante l'uscita, l'11 % ha risposto mai, il 6% quasi mai, il 28% talvolta, il 26% spesso e il 29% sempre.

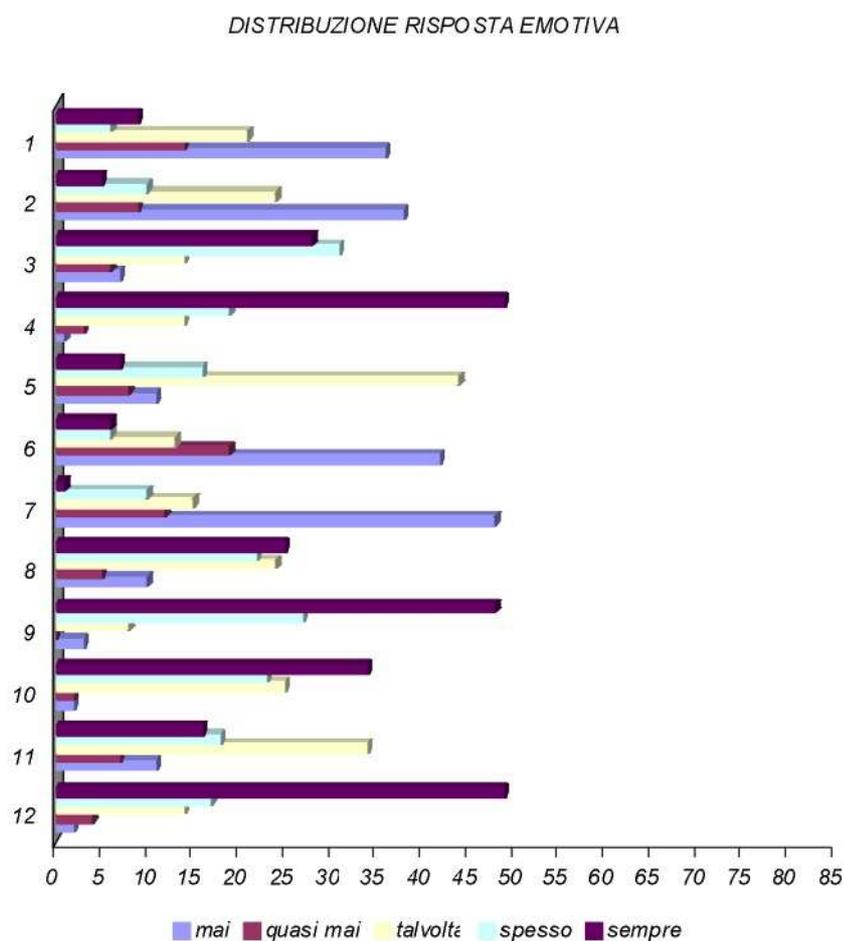
Nella tematica delle emozioni è stata inserita anche l'uscita sulla neve (16), in quanto questo particolare elemento si è rivelato in grado di smuovere emozioni nuove o magari rimosse; il 22% pazienti non ha mai effettuato uscite sulla neve, il 51% talvolta e il 27% sempre o spesso.

Al fine di rendere più chiari ed espliciti i risultati, di seguito, ho raccolto i dati nella Tabella IV e li ho riproposti graficamente nella Figura 4.

Tabella IV. Sintesi dei dati raccolti rispetto alla risposta emotiva dei pazienti intervistati.

	<b>ASPETTO EMOTIVO</b>	<b>mai</b>	<b>quasi mai</b>	<b>talvolta</b>	<b>spesso</b>	<b>sempre</b>	<b>totale</b>
1	2) ansia nei giorni prima dell'uscita	36	14	21	6	9	86
2	4) tensione o paura prima dell'uscita	38	9	24	10	5	86
3	5) capacità di distogliere i pensieri	7	6	14	31	28	86
4	6) divertimento durante l'uscita	1	3	14	19	49	86
5	16) uscite sulla neve	11	8	44	16	7	86
6	23) stare fuori casa	42	19	13	6	6	86
7	24) pensiero di interrompere	48	12	15	10	1	86
8	26) ripensare all'uscita	10	5	24	22	25	86
9	27) vivere emozioni positive	3	0	8	27	48	86
10	28) acquisire più sicurezza	2	2	25	23	34	86
11	30) osservare un cambiamento	11	7	34	18	16	86
12	31) stare meglio	2	4	14	17	49	86

Figura 4. Distribuzione risposta emotiva rispetto ai dati della Tabella IV.



#### 4.4.2 *Aspetto corporeo.*

Nel questionario le domande 7, 8 e 13 esaminano la resistenza fisica del paziente, la sua capacità di sopportare la fatica, di resistere alla paura di non farcela, ed a probabili dolori da affaticamento e indolenzimento; il 16% dei pazienti ha risposto mai, il 22 % quasi mai, il 28% talvolta, il 21% spesso e il 13% sempre.

In merito alla domanda 9, sulla sofferenza al caldo, il 20% ha risposto mai, il 22% quasi mai, il 28% talvolta, il 17% spesso e il 13% sempre. Mentre, riguardo alla sofferenza al freddo, domanda 15, il 26% ha risposto mai, il 39% quasi mai, il 20% talvolta, il 10% spesso e il 5% sempre.

Le domande 11 e 12 hanno lo scopo di indagare sull'autostima del paziente, nel suo sentirsi agile nei movimenti e soddisfatto della propria forza fisica; il 9% ha risposto mai, il 9% quasi mai, il 26% talvolta , il 21% spesso e il 35% sempre.

L'attenzione è stata poi rivolta all'aumento del ritmo respiratorio durante l'affaticamento, alla domanda 10, il 26% dei pazienti ha risposto mai, il 32% quasi mai, il 23% talvolta, il 10% spesso e il 9% sempre. Rispetto all'ascolto del ritmo cardiaco, alla domanda 14 i pazienti hanno risposto nel seguente modo: il 30% mai, il 12% quasi mai, il 30% talvolta, il 21% spesso e il 7% sempre.

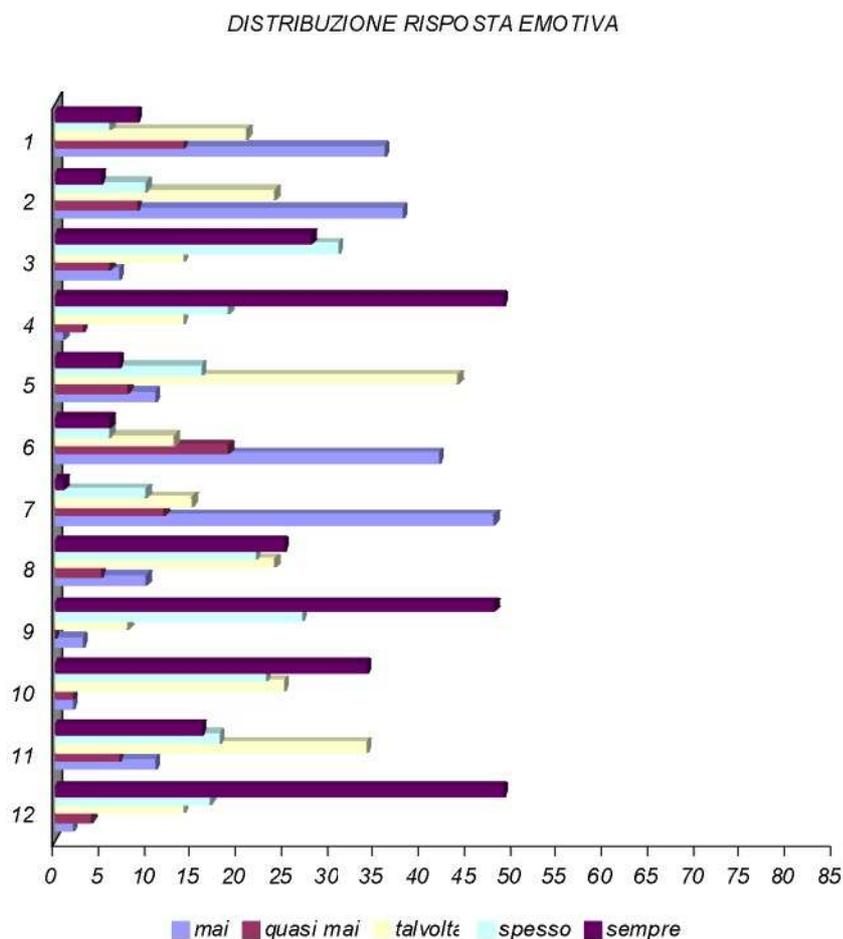
In riferimento alla domanda 17, si è voluto analizzare la condizione muscolare nei giorni successivi all'uscita, il possibile dolore alle spalle, alle braccia e/ o alle gambe ecc.; i pazienti hanno risposto mai nel 23% dei casi, quasi mai nel 19% , talvolta nel 33% spesso nel 17% e nel 8% sempre.

Al fine di rendere più chiari ed espliciti i risultati, di seguito, ho raccolto i dati nella Tabella V e li ho riproposti graficamente nella Figura 5.

Tabella V. Sintesi dei dati raccolti rispetto alla risposta corporea dei pazienti intervistati.

	<b>ASPETTO CORPOREO</b>	<i>mai</i>	<i>quasi mai</i>	<i>talvolta</i>	<i>spesso</i>	<i>sempre</i>	<i>totale</i>
13	7) stancarsi in fretta durante l'uscita	15	24	23	14	10	86
14	8) sentire affaticamento al corpo	11	18	19	24	14	86
15	9) sofferenza al caldo	17	19	24	15	11	86
16	10) sentire respiro affannoso	22	27	20	9	8	86
17	11) muoversi in maniera agile	8	8	25	15	30	86
18	12) soddisfazione della propria forza fisica	7	8	19	22	30	86
19	13) paura di non farcela per la fatica	16	17	29	16	8	86
20	14) soffrire di tachicardia	26	10	26	18	6	86
21	15) sofferenza al freddo	22	34	17	9	4	86
22	17) dolori dopo l'uscita	20	16	28	15	7	86

Figura 5. Distribuzione risposta corporea rispetto ai dati della Tabella V.



#### 4.4.3. *Aspetto relazionale.*

Nel questionario la prima domanda ( 3) si riferisce alla puntualità del paziente nel presentarsi alle uscite; il 4% ha risposto mai, lo 1% quasi mai, il 2% talvolta, il 16 %spesso, il 77% sempre.

Attraverso più domande (18 e 20) è stato possibile rilevare il grado di integrazione del paziente all'interno del gruppo; in particolare si è focalizzata l'attenzione sul sentirsi bene insieme agli altri e sulla nascita e l'approfondimento di possibili amicizie. Nel 3% dei casi, i pazienti hanno risposto mai, il 4% quasi mai, il 22% talvolta, il 26% spesso e il 45% sempre. Accanto alla capacità del paziente di stare e ricercare il gruppo, non è da sottovalutare il suo bisogno di avere dei momenti per stare da solo, domanda 19; il 33% dei pazienti ha risposto mai, il 21% quasi mai, il 38 % talvolta, il 5% spesso e il 3% sempre. I risultati mostrano inoltre, una certa difficoltà del paziente nell'offrire la propria disponibilità e il proprio aiuto ai compagni di escursione. Alla domanda 29 in cui si chiede ai pazienti in che misura prestano aiuto agli altri, il 29% degli intervistati ha risposto mai, quasi mai il 20%, talvolta il 36%, spesso l'8% e sempre il 7%.

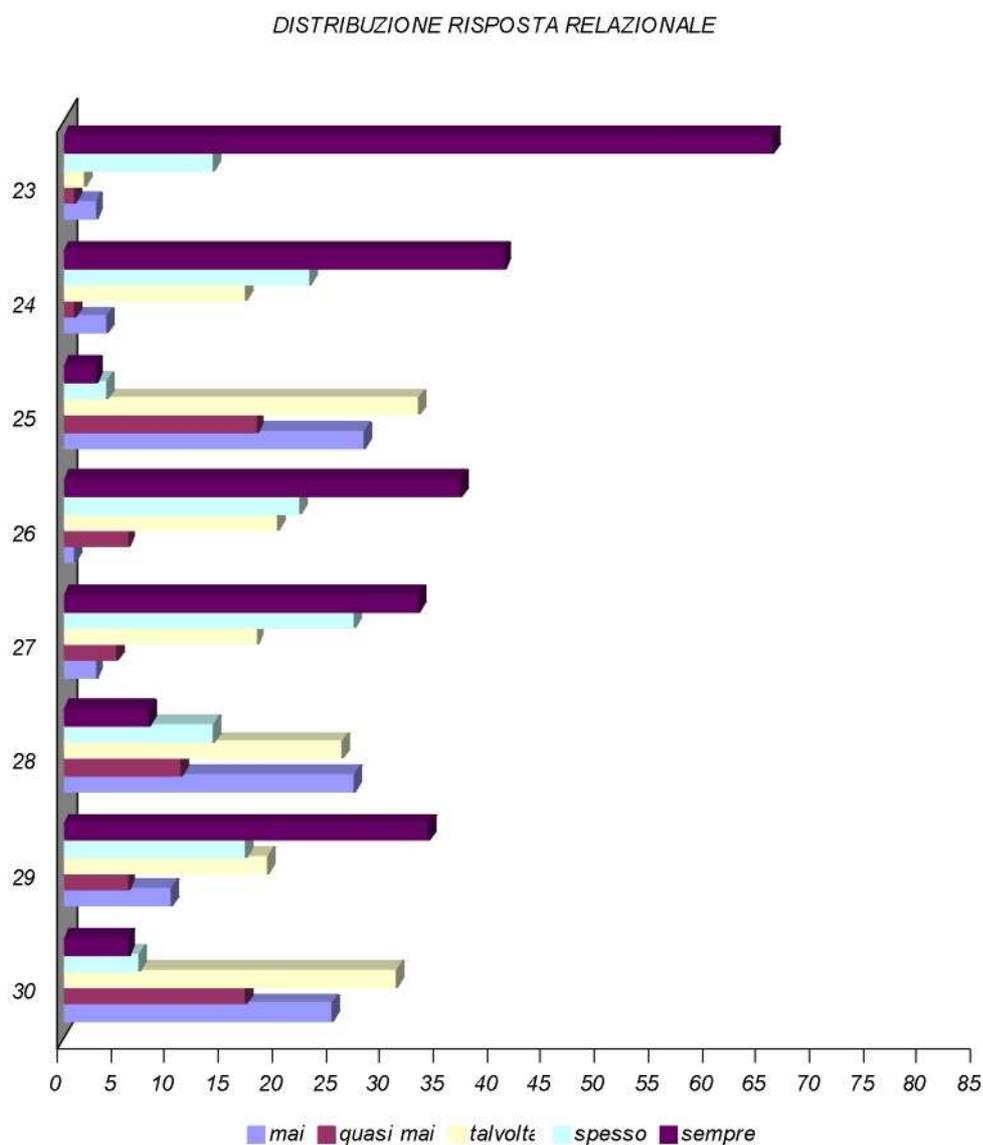
Diverso, sembra essere anche il rapporto con l'operatore sanitario, durante l'uscita; alla domanda 21, i pazienti hanno risposto che il rapporto non cambia mai nel 3% dei casi, quasi mai nel 6% , talvolta nel 21% , spesso nel 32% e sempre nel 38%. Analizzando il *post uscita*, alla domanda 22, inerente i possibili contatti con i partecipanti al di fuori del momento della gita, i pazienti hanno risposto in questa maniera: il 32% non si vede mai con nessuno dei partecipanti all'uscita, il 13% quasi mai, il 30% talvolta, il 16% spesso e il 9% sempre. Rispetto al racconto ad altri di quanto avviene durante l'uscita, i pazienti hanno risposto di non raccontare dell'uscita mai nel 12% dei casi, quasi mai nel 7%, talvolta nel 22%, spesso nel 20% e sempre nel 39%.

Al fine di rendere più chiari ed espliciti i risultati, di seguito, ho raccolto i dati nella Tabella VI e li ho riproposti graficamente nella Figura 6.

Tabella VI. Sintesi dei dati raccolti rispetto alla risposta relazionale dei pazienti intervistati.

	<b>ASPETTO RELAZIONALE</b>	<i>mai</i>	<i>quasi mai</i>	<i>talvolta</i>	<i>spesso</i>	<i>sempre</i>	<i>totale</i>
23	3) puntualità alle uscite	3	1	2	14	66	86
24	18) integrazione nel gruppo	4	1	17	23	41	86
25	19) momenti da solo durante l'uscita	28	18	33	4	3	86
26	20) amicizia con gli altri del gruppo	1	6	20	22	37	86
27	21) rapporto con operatore	3	5	18	27	33	86
28	22) amicizie dopo l'uscita	27	11	26	14	8	86
29	25) racconto ad altri dell'uscita	10	6	19	17	34	86
30	29) aiuto ai compagni di gruppo	25	17	31	7	6	86

Figura 6. Distribuzione della risposta relazionale rispetto ai dati della Tabella VI.



#### *4.4.4. Risposte aperte.*

Di tutti i pazienti intervistati solo alcuni hanno risposto alle domande poste a fine questionario.

#### *Cosa ti piace di più di questa esperienza in montagna?*

I pazienti hanno riferito che, tra le cose più apprezzate nelle uscite in montagna, ci sono: la bellezza dei panorami e della natura, lo stare in compagnia e il fare nuove amicizie, il piacere di camminare e la tranquillità.

#### *Cosa ti piace di meno dell'esperienza in montagna?*

Alcuni pazienti hanno riportato che a loro parere non esiste nessuna cosa che sia spiacevole nell'andare in montagna; la maggior parte non ha gradito la fatica e le salite ripide, i pericoli, le altezze, il trasporto in furgone, gli zaini pesanti, l'assenza di comodità, ma anche la ridotta frequenza delle uscite.

### **4.5 L'analisi dei risultati.**

Dire che la montagna fa bene è un'affermazione quasi banale e scontata, ma è comunque un dato di fatto.

L'andare in montagna non è di per sé miracoloso, ma è in grado di far sperimentare all'essere umano delle esperienze dense di significato: vivere a contatto con una natura ancora innata e meravigliosa, stupirsi delle proprie emozioni e dei propri sentimenti, percepire e riscoprire il proprio corpo e la propria forza fisica, conoscere lo spazio e l'ambiente circostante attraverso tutti i nostri sensi. In montagna si osserva, ci si concentra, si riflette, si

esplora, si sperimenta, ci si interroga su tutto ciò che ci circonda, ma soprattutto su tutto ciò che è dentro di noi.

Inoltre la montagna invita l'uomo a relazionarsi con l'ambiente, con i suoi tanti aspetti nuovi e misteriosi, favorendo in particolare lo stabilire relazioni significative con gli altri individui che la frequentano.

#### *4.5.1 Punti di forza.*

Dalla ricerca eseguita, sono emersi alcuni dati molto significativi riguardo al vissuto emotivo dei pazienti intervistati.

1) In primo luogo si evidenzia che l'andare in montagna riduce in maniera efficace l'ansia. I pazienti riferiscono di non provare ansia né prima né durante l'uscita e di riuscire a distogliere i pensieri e le preoccupazioni abituali. Anche il riuscire a stare fuori casa per l'intera giornata o per più giorni, non appare più un ostacolo da superare. Questo ci permette di affermare che i nostri pazienti riescono ad identificarsi nella tranquillità e nella serenità dell'ambiente montano e questo particolare transfert, fa sì che le loro paure e loro timori vengano controllati e risolti con più facilità.

2) In secondo luogo, si evidenzia, un altro dato significativo riguardante l'insieme delle emozioni positive, lo stare bene, il senso di pace e serenità, la voglia di divertirsi che i pazienti provano durante le escursioni in montagna. Andando in montagna sviluppano anche il senso estetico: trovandosi di fronte a tanta bellezza, i pazienti modificano la loro visione del mondo, manifestano la loro sensibilità nello stupirsi di fronte ad un tramonto o alla vista di una marmotta. Oltre a ciò, anche il traguardo della conquista personale assume una valenza significativa: aver raggiunto con le proprie fatiche il rifugio, o l'essersi calato con la corda dalla cima di una rupe, sono delle vere e proprie conquiste che non rimangono fini a sé stesse. In

montagna i pazienti riscoprono la voglia di divertirsi, di giocare, di avventurarsi nel mondo della natura: attraversare un ponte tibetano, scendere sulla neve con la slitta, farsi carrucolare da un lato all'altro di un canyon, un insieme di emozioni forti e belle che traspaiono visibilmente sui volti dei pazienti coinvolti.

3) In terzo luogo, è rilevante l'aspetto relazionale. Dalle risposte dei questionari emerge chiaramente che i pazienti si presentano puntuali alle uscite e si sentono ben integrati con il resto del gruppo, siano essi pazienti od operatori. Diverso e più facile risulta essere anche il rapporto stesso tra pazienti ed operatori: tutto è più naturale e più spontaneo perché naturale è il contesto che si sperimenta. Ciò significa che l'andare in montagna, il camminare insieme sullo stesso sentiero, il condividere il pranzo al sacco su un prato, o essere legato alla stessa corda, sono momenti che facilitano e invogliano alla relazione con l'altro, e dimostrano la facilità con cui si possono ridurre le asimmetrie tra il ruolo di paziente e quello di operatore.

4) In quarto luogo risulta di particolare interesse nel paziente la risposta corporea, ossia l'evidenziare la soddisfazione espressa dai pazienti per la propria agilità e forza fisica, la possibilità di sperimentare attività diverse, dall'arrampicata alle uscite sulla neve o alla discesa nelle grotte, e quindi di vivere esperienze in un ambiente naturale sempre diverso. Questo stimolante aspetto è risultato di fondamentale aiuto ai pazienti nel fidarsi maggiormente di sé stessi e ad accrescere la propria stima e il proprio coraggio.

#### *4.5.2 Punti di debolezza.*

Alcune risposte del questionario hanno rivelato alcuni punti critici nella ricerca svolta. Non si può di certo affermare che il risultato sia negativo, ma

è singolare come nella percezione corporea, i pazienti abbiano dato un numero di risposte molto frammentato nei cinque indici di possibilità. Se si pensa alla montagna come possibilità di muoversi, di stare all'aria e di camminare, sembrerebbe che la risposta sul corpo fosse la più rilevante e la più scontata. In realtà i valori esaminati mostrano spesso una scarsa capacità del paziente di sentire il proprio corpo, inteso come sofferenza muscolare per la fatica, percezione del ritmo cardiaco e del ritmo respiratorio, coordinazione dei movimenti ed equilibrio della postura. Benchè i pazienti siano personalmente soddisfatti delle loro abilità motorie, in realtà, la loro percezione corporea risulta comunque essere deficitaria, se confrontata con la media dei soggetti non patologici.

Tutto ciò ci deve far riflettere e ci deve incoraggiare a trovare altre modalità di intervento in aiuto dei pazienti, e là dove questi interventi sono già attivi, è necessario verificare e monitorare assiduamente la loro risposta fisica, prestando maggior attenzione alla corporeità, ad esempio attraverso esercizi di respirazione, di andatura, di training preparatorio e di stretching.

E' noto ad esempio che, eseguire esercizi di stretching prima di iniziare un'escursione produce molti vantaggi: riduce la tensione muscolare e rilassa il corpo, favorisce la coordinazione dei movimenti, facilita la pratica dell'attività sportiva, previene gli infortuni, aumenta la capacità di movimento, diminuisce il controllo della mente sul corpo lasciandolo libero di muoversi per sé stesso, ecc.

In merito alla risposta relazionale, risulta chiaro che i pazienti si sentono ben integrati nel gruppo e si riconoscono come parte di esso, ma risulta ancora difficile che le amicizie nate durante queste uscite, trovino un punto di riferimento anche all'esterno di questi momenti. E' altresì ancora poco percepita la disponibilità dell'uno ad aiutare l'altro.

Come nel caso della risposta corporea, sembra necessario dover pensare ad una soluzione a queste mancanze di risultati apprezzabili, facendo in modo, ad esempio, di creare nuove occasioni di incontro tra i partecipanti oltre alle giornate proposte in montagna.

*“Ogni singola tappa è un considerevole passo avanti  
verso la pienezza e la profonda soddisfazione.  
Il viaggio spirituale consiste nel passare di vallata in vallata:  
ogni volta che si oltrepassa un valico  
si scopre un paesaggio più splendido del precedente.”*  
Matthieu Ricard

## Capitolo 5

A che punto siamo in Italia con la “montagnaterapia”?

### 5.1 Alcune realtà della “montagnaterapia” in Italia.

Da più di dieci anni ormai, l'ambiente montano occupa nel panorama italiano, la scena della riabilitazione in diversi ambiti clinici: dalle malattie vascolari alle leucemie, dalle cardiopatie ai disturbi osteoarticolari, dal diabete ai disturbi psichiatrici. Accanto all'ambito clinico, la montagna viene utilizzata anche come setting terapeutico per affrontare molti disagi psico-sociali; si sono sviluppate in questo modo numerose esperienze come, progetti di reinserimento sociale per i portatori di handicap psico-fisico o per adolescenti problematici, attività rivolte ai giovani inseriti in comunità per la cura delle dipendenze e percorsi insoliti per i non vedenti o rivolti ai settori della marginalità sociale. Non si conoscono, però, in maniera dettagliata, le loro collocazioni geografiche e le loro modalità riabilitative. Ogni gruppo adotta una propria filosofia di pensiero e fa proprie le metodologie e le tecniche che meglio si adattano al territorio in cui i gruppi operano.

Da più di dieci anni ormai, l'ambiente montano occupa nel panorama italiano, la scena della riabilitazione in diversi ambiti clinici. In questi ultimi anni, i risultati più significativi, giungono dall'ambito psichiatrico, e per questo

motivo, gli operatori del gruppo “Sopraimille” di Arco, hanno ideato una scheda conoscitiva (vedi allegato 7), per realizzare una mappatura di quelle realtà psichiatriche e non, che in Italia impiegano l’ambiente montano come risorsa terapeutica e come strumento riabilitativo. Non è stato semplice riuscire a contattare tutti i Servizi; per il momento solo alcuni di loro hanno aderito a questo monitoraggio inviando i dati relativi al Servizio in cui operano e al tipo di attività svolta.

Oltre al Trentino Alto Adige, anche in Veneto, in Lombardia, in Piemonte, in Liguria, in Friuli Venezia Giulia, in Toscana, in Umbria, nelle Marche, in Abruzzo, nel Lazio, in Basilicata e in Sardegna esistono realtà simili alla nostra.

Nella cartina sottostante ( Figura 7) si possono osservare le realtà che hanno partecipato al censimento: le località contrassegnate dal colore rosso corrispondono alle realtà attive, mentre quelle in blu hanno espresso il loro interesse per la “montagnaterapia” e si stanno adoperando per dare vita a un tipo di progetto come questo.

Figura 7. Distribuzione in Italia delle realtà di “montagnaterapia”.  
In rosso ■ i centri già attivi, in blu ■ i centri in via di attivazione.



## **5.2 Come realizzare un progetto di “montagnaterapia”.**

L'esperienza fatta con il gruppo “Sopraimille” di Arco mi ha permesso di conoscere una delle tante realtà psichiatriche che utilizzano la montagna come risorsa terapeutica e strumento riabilitativo.

Fin dall'inizio ho capito quali sono i punti di forza di questo tipo di progetto, ma capisco anche l'esigenza sentita dagli operatori, di avere un Protocollo di riferimento per tutti i gruppi che svolgono questo tipo attività.

Ad oggi, ogni gruppo segue una propria filosofia di gestione, ha una propria metodologia di svolgimento ed di verifica. Questa eterogeneità diventa discriminante ogni volta in cui si è chiamati ad un confronto dei dati, come semplicemente chiedersi quanto valga la pena o meno di portare i nostri pazienti in montagna, o se i risultati che raccogliamo siano attendibili e oggettivabili, oppure quanto sia conosciuta e apprezzata la “montagnaterapia” in ambito medico e sociale.

Dopo tanti anni di attività, credo sarebbe opportuna la stesura di alcune linee guida, per tutti i gruppi di “montagnaterapia”, al fine di dare maggiore applicabilità e attendibilità sia per quanto riguarda la metodologia e le tecniche, sia per quanto riguarda la verifica dei risultati.

Come tecnico della riabilitazione psichiatrica, riferendomi ai principi della riabilitazione appresi in questo corso di studi, mi sento di fare alcune proposte, in merito alla “montagnaterapia”, anche se probabilmente alcuni gruppi conoscono ed applicano già queste modalità.

- 1) Creazione di un documento d'intesa.

Un progetto di “montagnaterapia” in riabilitazione psichiatrica, prevede la presenza di personale sanitario (lo psichiatra, lo psicologo, il tecnico della

riabilitazione psichiatrica, gli infermieri) e personale esperto di montagna ( la guida alpina, gli istruttori o gli alpinisti del C.A.I. o della S.A.T.)

E' necessario stilare un progetto di collaborazione reciproca tra l'Ente sanitario (Azienda sanitaria) e l'Ente alpinistico ( ad esempio Club Alpino Italiano C.A.I o S.A.T), stabilendo fin dall'inizio le linee guida del progetto: gli obiettivi, le modalità di intervento, i criteri di verifica, la durata ed i risultati.

Credo anche nell'importanza di promuovere questo progetto il più possibile in tutto il tessuto sociale della comunità, dalla provincia al comune, dalle associazioni locali ai gruppi di volontariato, al fine di trovare un sostegno non solo economico, ma soprattutto per creare una rete sociale forte in cui anche i pazienti imparino a muoversi senza timori e possano sentirsi attori partecipi. Questo permetterebbe non solo di sensibilizzare la popolazione verso questo progetto, ma soprattutto fornirebbe un contributo verso la lotta al pregiudizio, ancora troppo spesso presente nei confronti della malattia mentale.

## 2) L'invio dei pazienti.

Fino ad oggi, i pazienti coinvolti in tutte le attività riabilitative, non scelgono spontaneamente cosa fare, ma sono spesso gli operatori o i terapeuti che l'indirizzano verso questa o quella attività.

In un'attività riabilitativa, al di fuori dal contesto medico e psichiatrico, come la "montagnaterapia", dove lo stimolo personale è una prerogativa essenziale, si potrebbe agire diversamente. Anziché portare in montagna i pazienti, si dovrebbe arrivare ad andare in montagna con loro, il che avrebbe una valenza diversa!

Si potrebbe ad esempio, prima di iniziare il progetto vero e proprio, promuovere degli incontri educativi sull'ambiente montano, attraverso filmati e racconti, programmati presso le strutture in cui i pazienti vivono, ad esempio nelle Comunità Terapeutiche o negli Appartamenti Protetti o presso

i Centri di Salute Mentale; oppure, meglio ancora, invitando i pazienti presso le sedi del C.A.I o della S.A.T .

Se un paziente decide di andare in montagna, a priori, è già consapevole che dovrà camminare, fare fatica, stare fuori casa, soffrire il caldo o il freddo e dovrà condividere il suo tempo con altre persone. Non pensiamo sempre che i nostri pazienti non siano in grado di scegliere mai!

Quello che diversifica, inoltre, la “montagnaterapia” dagli altri gruppi riabilitativi, è proprio il contesto extraospedaliero: camminando lungo i sentieri o cenando in rifugio, il paziente si trova in compagnia e a confronto di altre persone, che condividono la stessa passione per la montagna e che non lo identificano assolutamente come malato, ma come un attivo escursionista appassionato.

### 3) Programmazione delle uscite.

Al fine di far sentire i pazienti inseriti al meglio in questo nuovo contesto, è importante che ciò che si organizza, venga condiviso con loro. Non avrebbe senso presentare ai pazienti un calendario di date e uscite stabilite solo dagli operatori sanitari e dagli esperti della montagna. Il compito degli operatori è quello di stimolare ed incoraggiare i pazienti ad andare in montagna, attraverso la visione di fotografie e di filmati, la presentazione degli itinerari con le guide e le cartine topografiche. Se i pazienti sono stimolati e motivati in modo più adeguato, non tarderanno a proporre loro stessi un itinerario da pianificare. Per questo è necessario programmare degli incontri in preparazione all'uscita, sia per predisporre e preparare l'escursione che per allenarsi fisicamente, e un incontro post uscita per rielaborare l'esperienza vissuta.

Ad esempio, per un'uscita in montagna con cadenza mensile, sarebbe opportuno realizzare:

- un incontro organizzativo, con i pazienti, gli esperti della montagna e gli operatori sanitari che seguono il progetto;
- un incontro settimanale, di un'ora circa, di training motorio: una passeggiata o una breve corsa o esercizi di stretching in preparazione all'escursione;
- un incontro di verifica, dopo l'esperienza in montagna, in cui i pazienti possono esprimere i loro vissuti e le loro emozioni; in questa occasione è importante mostrare il materiale fotografico o eventuali filmati dell'escursione, per far sì che i pazienti possano riguardarsi e capacitarsi di quello che sono riusciti a realizzare.

In questo modo, gli esperti della montagna svolgerebbero il ruolo di educatori e di formatori per quanto riguarda le nozioni dell'ambito montano e le informazioni tecniche; gli operatori sanitari assumerebbero quindi il ruolo di catalizzatori nel rapporto tra i pazienti ed esperti della montagna. Il consentire ai pazienti la possibilità gestire le escursioni nei limiti delle loro capacità, infine rinforzerebbe sicuramente l'unità del gruppo e la propria reciproca autostima.

#### 4) Il ruolo del paziente.

Durante le escursioni è importante che i pazienti assumano un ruolo preciso all'interno del gruppo. Se il gruppo funge da protezione e allo stesso tempo da specchio per i pazienti, è fondamentale che emergano anche le singole individualità. Si potrebbe pensare che a turno, i pazienti si scelgano un proprio ruolo all'interno del gruppo:

- il capogita ( con cartina e bussola per l'orientamento);
- il fotografo;

- il cameraman;
- il responsabile delle soste (distribuisce il bere e le vivande);
- il responsabile di coda del gruppo;
- il responsabile delle attrezzature (raccolge a fine escursione i caschi, gli imbraghi, le racchette, ecc.);
- il responsabile “esperto” di flora, fauna e minerali;
- il responsabile del kit di pronto soccorso.

Accettare un ruolo all'interno del gruppo aiuta i pazienti ad assumere maggiore responsabilità verso i compagni di escursione ed aumenta la consapevolezza delle proprie capacità. All'interno del gruppo, i pazienti psicotici si sentono contenuti nella loro paura, sono consapevoli che i responsabili dell'escursione non sono loro in prima persona ma, c'è un leader che li accompagnerà per tutto il viaggio, sempre pronto ad intervenire in ogni occasione di difficoltà e di pericolo. Questa consapevolezza, semplificata ancor di più dal contesto naturale, consente ai pazienti di sperimentare le proprie capacità.

##### 5) La percezione corporea.

Dalla mia ricerca eseguita sul vissuto dei pazienti, è emerso in maniera esplicita, che la percezione corporea è ancora poco tangibile. Ossia, i pazienti percepiscono bene la loro agilità, la loro resistenza e forza fisica. Quello che risulta carente è il “sentire il corpo” attraverso la sensibilità al movimento: la postura, il tono muscolare, la posizione del corpo nello spazio, il ritmo del respiro e del battito cardiaco. Migliorando la sensibilizzazione e la percezione verso il proprio corpo, in tutte le sue parti, i pazienti migliorano la propria percezione di sé e della propria immagine.

Per realizzare questo sono necessari alcuni accorgimenti da introdurre durante le escursioni:

- proporre esercizi di respirazione e rilassamento all'inizio e al termine dell'uscita;
- proporre esercizi di stretching per favorire l'allungamento e il rilassamento muscolare, all'inizio e al termine dell'uscita;
- proporre andature di marcia diversificate per potenziare l'orientamento spaziale del corpo e la coordinazione dei movimenti;
- a turno, ad esempio, far sperimentare l'uso di un cardiofrequenzimetro per controllare il proprio battito cardiaco;

Questi sono solo alcuni accorgimenti che si possono introdurre nelle varie tipologie di escursioni, dalla camminata all'arrampicata, dallo sci al trekking sulla neve ma, ne esisteranno sicuramente tantissimi altri. Non possiamo però generalizzare le situazioni; è sempre necessario valutare e controllare ogni singolo caso al fine di evitare che l'intervento attuato possa aggravare ancor di più il disagio esistente. Inoltre, dopo aver proposto gli esercizi, è importante spiegare ai pazienti il significato di questi e illustrare i benefici che potranno ottenere da essi.

#### 6) Momenti di verifica.

Gli operatori sanitari e gli esperti di montagna durante le escursioni svolgono un monitoraggio continuo su tutto ciò che accade: come i pazienti rispondono alla fatica, come si muovono lungo i sentieri, come si relazionano fra loro, ecc. Ma anche i pazienti stessi osservano e fanno memoria di ciò che accade. A mio avviso i momenti di verifica sono molto significativi e dovrebbero essere ulteriormente sviluppati per non sottovalutarne la loro reale importanza.

*Briefing* e *debriefing* sono momenti cruciali in qualsiasi attività di gruppo a fine educativo. Fare un *briefing* prima dell'escursione, con i pazienti e con gli operatori, potrebbe essere efficace, per comunicare le informazioni utili per l'escursione e per ricordare a tutti le finalità dell'uscita: questo potrebbe risultare particolarmente funzionale per investire i pazienti di un mandato di responsabilità, anche rispetto ai ruoli che andranno a svolgere nel corso dell'escursione.

Così il *debriefing*, assume un valore diverso: è il momento per fare insieme il punto della situazione su quanto è stato compiuto durante l'escursione, verificare se le aspettative rispetto alla gita sono state corrisposte, e variare o meno la strategia in vista delle escursioni successive. Chiaramente, il *debriefing* non dovrà sostituire gli incontri di discussione e di rielaborazione programmati in seguito all'uscita in montagna.

Accanto alla verifica immediata, è importante che gli operatori si confrontino insieme per valutare l'andamento del progetto. L'utilizzo di schede individuali per i pazienti può di sicuro facilitare la valutazione generale.

Ma la "montagnaterapia" non è finalizzata al solo gruppo di partecipanti alle escursioni. Sarebbe opportuno un confronto con gli operatori ed i familiari che quotidianamente vivono con i pazienti, per acquisire ulteriori informazioni in grado di dirci quanto l'esperienza in montagna influenza e modifica il normale vivere dei pazienti.

Riassumendo, le verifiche si possono sintetizzare in questo modo:

- *briefing* con pazienti e operatori all'inizio dell'escursione
- *debriefing* con pazienti e operatori a fine uscita
- incontro tra operatori sanitari e esperti della montagna inseriti nel progetto "montagnaterapia"
- incontro post-uscita tra operatori e pazienti aderenti al progetto
- incontro tra operatori del progetto con familiari e altri operatori che seguono i pazienti.

## 5.1 Obiettivi per il futuro?

Nell'ultimo convegno avvenuto al Rifugio Bruno Crepaz presso il Passo Pordoi, lo scorso 16 e 17 settembre, medici psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, guide alpine, alpinisti del C.A.I e della S.A.T, si sono confrontati per due giornate sul tema “ Una metodologia per la Montagnaterapia “.

Come già menzionato più volte, anche in questa occasione è emersa da tutti l'esigenza di unire le forze delle realtà in gioco per ideare un Protocollo generale, che definisca in maniera chiara e oggettiva gli aspetti salienti della “montagnaterapia”.

In particolare, si è ribadita la necessità di fra crescere i contatti tra le varie realtà italiane, costruire un assetto teorico credibile e condiviso, sollecitare il confronto tra le diverse metodologie (tecniche e strumenti), trovare forme organizzative nuove ed originali, ideare una strumento “scientifico” per la valutazione dei risultati.

Al momento, un primo passo è stato fatto. E' stato creato un sito web, ([www.sopraimille.it](http://www.sopraimille.it)), a cura del Centro di Salute Mentale di Arco e della S.A.T di Riva del Garda, che rappresenterà il portale nazionale per tutte le realtà di “montagnaterapia” in Italia. Questo progetto è stato realizzato al fine di diffondere la “montagnaterapia” come scelta riabilitativa e per creare un “luogo” di confronto e di scambio per tra le realtà già esistenti.

Ma non è possibile fermarsi qui. Moltissimi sono i pazienti non ancora coinvolti nella “montagnaterapia”, moltissime sono le energie e gli entusiasmi degli operatori impegnati.

La montagna , per sua natura, è uno spazio infinito tutto da esplorare!

*“L’uomo non si riduce alle emozioni, alla mente,  
all’azione. L’uomo è una totalità.  
La mente, i sentimenti, l’azione, questi tre elementi,  
quando sono in armonia, fanno l’uomo.  
Svami Prajnanapada*

## **Conclusioni.**

L’ambiente naturale, come è consuetudine affermare, non crea, nella quasi totalità dei casi, effetti dannosi sulla vita dell’uomo, anzi riduce lo stress e favorisce emozioni e stati d’animo positivi, amplificando l’autostima e la propria sicurezza. La montagna, attraverso la sublimità della sua natura e la bellezza dei suoi panorami, con i suoi corsi d’acqua, i suoi profumi e, ancor di più, con suoi rifugi e le sue grotte, può essere la metafora di una madre che offre sicurezza e serenità; ma al tempo stesso, la verticalità e l’ascesa verso la montagna, assumono anche il significato della figura paterna che incita e sprona il bambino al superamento del legame materno, per affermare la propria identità e vivere la propria libertà.

Parlare di “montagnaterapia” non significa dunque proporre una tecnica riabilitativa futile e inconsistente, ma significa invece uscire finalmente da quel contesto di psichiatria chiusa e ospedalizzata spostandosi verso un contesto naturale in cui l’uomo, in modo particolare l’individuo malato, possa sentirsi maggiormente a proprio agio, percependo un suo ruolo attivo rispetto all’ambiente che lo circonda e riscoprendo quindi le proprie abilità e i propri sentimenti repressi.

Durante le escursioni fatte ed in seguito ai risultati della ricerca svolta, appare chiaro che la montagna, attraverso la sua verticalità e la sua grandezza, impone all’individuo di misurarsi nel rapporto tra l’alto e il basso, tra il grande e il piccolo, di saper riconoscere i propri limiti e nello stesso momento di sperimentare un viaggio significativo alla scoperta di sé stesso.

E' proprio il riconoscimento del proprio limite che stimola l'individuo a farsi coraggio ed a spingersi oltre, sino al punto di rottura in cui, sopra ogni paura, prevale l'istinto di sopravvivenza.

L'andare in montagna, grazie alla necessità di costanza, di coraggio, di forza e di resistenza fisica diventa un 'esperienza fortemente strutturante e coesiva per quel "Sé fragile" del paziente psicotico.

La "montagnaterapia" riporta in evidenza e rinvigorisce le parti sane del paziente: lo psicotico apatico, isolato, incapace di compiere la minima richiesta nella quotidianità riesce in questo ambiente a guardarsi nuovamente intorno, a stupirsi di ciò che lo circonda e viene chiamato ad affrontare anche passaggi impegnativi.

Dall'analisi dei risultati dell'indagine sul campo, emergono chiaramente molti risultati positivi e apprezzabili: nella risposta emotiva i pazienti dimostrano di avere controllato il proprio stato di ansia e di aver acquisito maggior sicurezza in sé stessi. Uscendo finalmente dalla loro collocazione abituale sono costretti ad incontrare persone che conoscono da poco, accettando quindi di frequentare ambienti nuovi e luoghi persino impervi.

Vivendo personalmente questi momenti con alcuni loro, ad esempio dopo aver trascorso con il gruppo il pernottamento in rifugio, ho potuto osservare e valutare direttamente il conseguimento di questi piccoli successi.

Questa riduzione dell'ansia insieme al desiderio di divertirsi, stimola sensibilmente la capacità dei pazienti di rimettersi in gioco e di sperimentare cose mai realizzate prima: ecco così l'emergere di quella forza fisica o di quelle abilità intrinseche da tempo offuscate e dimenticate a causa della propria infermità.

In montagna inoltre, è fondamentale il bisogno di relazionarsi e di confrontarsi con l'altro per farsi aiutare, per non smarrirsi, per raggiungere insieme la meta e condividere le gioie e le fatiche della salita.

Il procedere in gruppo o in cordata con i compagni diventa il mezzo e il fine per realizzare ciò che da soli sarebbe stato impossibile: stare insieme per raggiungere la meta prefissata ma, soprattutto per superare le proprie difficoltà e i propri conflitti interiori. Il gruppo raggiunge una sua potenzialità

che supera di molto quella della somma dei singoli individui e questo risulta un elemento chiave per questa tipologia di riabilitazione.

Nei dati raccolti, la risposta relazionale mostra in maniera inconfutabile la “forza” di questo gruppo in cui i pazienti si riconoscono, si confrontano, si sentono amici e non percepiscono in alcun momento il bisogno di tornare indietro, di starsene da soli o di abbandonare l'attività.

Anche il rapporto con l'operatore cambia, in particolare con l'operatore sanitario o il medico che i pazienti sono abituati a incontrare esclusivamente nell'ambito ospedaliero.

Durante le escursioni tra paziente e operatore si annullano le asimmetrie; l'operatore, come il paziente, si affatica, ha bisogno di fermarsi per riposare, può mostrare anche lui di non farcela, non assume su di sé quell'immagine di onnipotenza; per i pazienti l'operatore diventa un compagno di uscita con cui condividere il sentiero, legarsi alla stessa corda, con cui scherzare e ammirare la natura e, perché no, a cui si può offrire il proprio aiuto e il proprio sostegno.

Per essere terapeutica, la montagna deve essere affrontata senza alcuna fretta: occorre avvicinarsi, conoscerla ed entrare in relazione con la sua grandiosità, esplorarla, affinché possa trasmetterci qualcosa. Ma quest'esplorazione, oltre ad essere emotiva e psicologica, è necessario che si trasformi anche in un'esperienza fisica vera e propria, per consentire ai pazienti di recuperare la propria dimensione corporea e di reinvestire su quel corpo reso ostile e persino negato dal disagio psichico.

L'analisi dei risultati raccolti, esprime ancora qualche incertezza sulla percezione motoria e corporea dei pazienti; non è esplicito in che misura i pazienti riescano a cogliere il proprio corpo, in particolar modo, la fatica muscolare delle gambe o delle spalle, l'equilibrio e la posizione nello spazio, il battito cardiaco e il ritmo respiratorio. La montagna permette loro di scoprire, attraverso il corpo, nuove emozioni, gli stati d'animo, di relazionarsi; il corpo risulta essere dunque solo un veicolo di comunicazione, un mezzo. E' necessario perciò lavorare sulla consapevolezza che i pazienti hanno della propria forza fisica e delle loro abilità motorie per fare in modo che l'andare

in montagna diventi anche uno strumento per riabilitare quel corpo appesantito dai farmaci, dalla sedentarietà, da una dieta squilibrata e per rinvigorire la loro andatura lenta, spesso scoordinata e goffa.

L'indagine eseguita sulle emozioni, sul corpo e sulla relazione, nelle diverse realtà psichiatriche che hanno aderito a questo studio, dimostra che non è possibile dunque, ridurre il significato della "montagnaterapia" ad una semplice gita all'aria aperta; i dati analizzati, i loro punti di forza ma anche i punti di debolezza, sono solo alcuni aspetti che rinforzano e stimolano le convinzioni di chi ha attuato queste tipologie di attività riabilitative.

Come illustrato precedentemente, le realtà italiane che si stanno attivando in questo tipo di iniziative sono numerose e in continua crescita; e molti sono ancora gli obiettivi da raggiungere.

Non perdiamo altro tempo dunque, e continuiamo ad andare in montagna..... insieme a loro!

## BIBLIOGRAFIA

### VOLUMI

*Cei Alberto* - Psicologia dello sport - Società editrice Il Mulino - Bologna - (1998).

*Hirtz Peter, Arturo Hotz & Gudrun Ludwig, con la collaborazione di Annett Bremer e Maher Maschrka* - Competenza Motoria. Sensazione percettivo - motoria - Bologna CLUEB - (2005).

*Fuchs Hans e Hasenkopf Arnold* - In montagna con i bambini - Zanichelli - Bologna ( 1986).

*Le Breton David* - Il mondo a piedi. Elogio della marcia. - Feltrinelli Traveller - Milano - (2001).

*Mila Massimo* - Scritti di montagna - Giulio Einaudi Editore s.p.a. Torino - (1992).

*Ruggeri Mirella, Dall'Agnola Rosabruna* - Come valutare l'esito nei dipartimenti di Salute Mentale - Il pensiero scientifico Roma - (2000).

*Saraceno Benedetto* - La fine dell'intrattenimento. - ETAS LIBRI - (1995).

*Solnit Rebecca* - Storia del camminare. Paravia Bruno Mondadori Editori - Milano - (2002).

*Zannini Lucia* - La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico. - Guerini scientifica - Milano - (2005).

## ATTI

“La formazione complementare in psichiatria: quale spendibilità nei servizi”.  
*pag. 115-120 - Corso di formazione complementare in assistenza psichiatrica Rovereto (TN)- (1997).*

“Metodologie e abilità relazionali per la conduzione dei gruppi in psichiatria”  
*Giacomo Di Marco – Corso di formazione – Materiale ad uso interno – Trento (2006)*

“Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al Corso di formazione “Sopraimille”- *Riva del Garda, Rifugio Pernici 9 –11 settembre 2005. Documenti per la salute n.25 - Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento.*

“L’infinita della montagna come infinita sostenibile” *di Antonello Correale in Atti del Convegno “Curare a cielo aperto, la montagna come risorsa psicosociale e trasformativi” Roma 2001 ( in via di pubblicazione).*

“L’uomo e la montagna nella cultura” *di Giorgio Villa in Atti del Convegno “Curare a cielo aperto, la montagna come risorsa psicosociale e trasformativi” Roma 2001 ( in via di pubblicazione).*

## RIVISTE

*Epidemiologia e Psichiatria Sociale 10.3.2001- Strumenti. Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) – a cura di Mirella Ruggeri*

*Epidemiologia e Psichiatria Sociale 6.3.1997- Strumenti. Life Skills Profile (LSP). A cura di Mirella Ruggeri*

## SITI WEB

[www.sopraimille.it](http://www.sopraimille.it)

[www.ffcam.fr](http://www.ffcam.fr)

[www.discoveryalps.com](http://www.discoveryalps.com)

[www.cipra.org](http://www.cipra.org)

[www.montagna.org](http://www.montagna.org)

[www.boscaglia.it](http://www.boscaglia.it)

[www.fondazionebosis.it](http://www.fondazionebosis.it)

[www.mountainproject.it](http://www.mountainproject.it)

[www.imont.gov.it](http://www.imont.gov.it)

[www.hypoxia.net](http://www.hypoxia.net)

[www.ismed.org](http://www.ismed.org)

[www.wsm.org](http://www.wsm.org)

[www.cai.it](http://www.cai.it)

[www.liebertpub.com](http://www.liebertpub.com)

[www.trickhouse.com/timeislife/](http://www.trickhouse.com/timeislife/)

## ALLEGATO N. 1



# **PROGETTO "SOPRAIMILLE" GUIDA ALLA CODIFICA**

## A CARATTERISTICHE DELLA GITA

### A1 Generali

Vengono riportate in questo riquadro le caratteristiche generali della gita

- **Numero progressivo**
  - **Data**
  - **Orario**
  - **Luogo**
  - **Tipo di gita**
  - **Caratteristiche generale della gita**
- 

### A2 Livello di difficoltà della gita

Vengono riportate in questo riquadro le osservazioni rispetto a tre aree specifiche:

- **impegno tecnico**

Difficoltà d'insieme della gita; viene definita dal livello tecnico generale della stessa, compreso l'uso di attrezzature specifiche.

Si misura su una scala da 1 (molto facile) a 5 (molto impegnativo)

- **elementi oggettivi**

Presenza di elementi meteorologici negativi (quali pioggia, freddo, vento, ghiaccio ecc.) o di imprevisti (piccoli incidenti, ritardi, problemi legati al materiale ecc.)

Si misura su una scala da 1 (nessun elemento negativo) a 5 (molto condizionanti)

- **impegno fisico**

Misura il livello di impegno fisico e di fatica che la gita comporta.

Si misura su una scala da 1 (molto facile) a 5 (molto impegnativo)

---

### A3 Osservazioni sul gruppo

Vengono riportate in questo riquadro le annotazioni ritenute necessarie rispetto al gruppo, alle dinamiche generali che ha presentato nel corso della giornata, ad eventuali particolari problemi ed imprevisti che hanno coinvolto il gruppo nel suo insieme

---

### A4 Partecipanti    Lista dei partecipanti alla gita

## B OSSERVAZIONI SULLA PERSONA

In questa scheda vengono riportate osservazioni sulla persona, allo scopo di fornire una "fotografia" il più attendibile possibile delle risposte date, delle capacità espresse e dello stato psichico generale rilevato nel corso della gita.

Si considerano

B1) le abilità tecniche

B2) una Scala di Valutazione su alcuni aspetti psicopatologici (derivata dalla BPRS) e

B3) una sintesi della farmacoterapia in atto

---

### **B1** "Abilità tecniche"

In questa sezione vengono valutate le risposte della persona sul piano "tecnico".

Ad ogni item considerato si assegna un punteggio secondo la seguente scala:

**1** (pessima)

**2** (insufficiente)

**3** (sufficiente)

**4** (buono)

**5** (molto buono)

Si considera anche la possibilità di assegnare la codifica nv (non valutabile), da riservare comunque a situazioni specifiche, ove risulta realmente impossibile assegnare un punteggio coerente ed attendibile.

Questi gli item considerati:

**risposta fisica generale:** valutazione della "prestazione fisica d'insieme", intesa come resa e come resistenza alla fatica (ovviamente commisurata al tipo di gita)

**aspetti specifici:**

○ **equilibrio**

valutazione dell'equilibrio nel camminare, salire ed arrampicare

- **manualità**  
valutazione della capacità ad utilizzare l'ambiente (appigli ecc.) e di muoversi con sicurezza ed in maniera appropriata, anche con l'uso di strumenti specifici (ad es. racchette, ciaspole, corda, moschettoni)
- **concentrazione**  
capacità di essere concentrati, in particolare in condizioni di possibile pericolo (come verticalità, esposizione ecc.) e di essere attenti alle indicazioni date
- **progressione**  
valutazione del ritmo e tenuta nella progressione, sia essa nel camminare che nell'arrampicata
- **risposta ai consigli**  
atteggiamento rispetto alle indicazioni impartite e capacità di utilizzarle efficacemente
- **utilizzo materiale**  
capacità di usare correttamente il materiale specifico (ad es. racchette, ciaspole, corda, moschettoni, zaino). In particolare valutare l'appropriatezza e uso corretto sia dell'abbigliamento che dell'alimentazione

## B2 Scala di Valutazione

In questa sezione si considerano sette item riguardanti specifiche dimensioni o aree psicopatologiche.

Ad ognuno si attribuisce un valore che va da **1** (Disturbo completamente assente o irrilevante) a **5** (Disturbo molto grave e fortemente condizionante l'attività); la codifica avviene sull'osservazione fatta nell'arco della giornata e rappresenta una "valutazione d'insieme".

Questi i cinque livelli:

- 1** Disturbo assente
- 2** Disturbo lieve
- 3** Disturbo moderato
- 4** Disturbo grave
- 5** Disturbo molto grave

E' possibile anche assegnare la codifica nv (non valutabile), da riservare comunque a situazioni specifiche, ove risulta realmente molto difficile o impossibile valutare con attendibilità l'area considerata.

Per ogni area si chiede inoltre una valutazione dell'andamento nell'arco della giornata, considerando l'eventuale sensibile peggioramento o miglioramento rilevato.

La codifica, in questo caso viene data su tre valori:

1 (peggiolato) 2 (invariato) 3 (migliorato)

Queste le sette aree considerate:

- **Disturbo d'Ansia**

Sentimento di apprensione riferita, tensione, paura, panico o preoccupazione non commisurato alla situazione reale

- **Disturbo Depressivo**

Sentimento di tristezza, infelicità, incapacità di provare piacere, disperazione, perdita dell'autostima

- **Disturbo Maniacale**

Sensazione pervasiva persistente ed esagerata di benessere, allegria, euforia, ottimismo e disinibizione assolutamente incongrue e sproporzionate alle circostanze

- **Disturbo del Pensiero**

Disturbo di tipo formale (accelerazione, rallentamento, blocco, tangenzialità, deragliamento concretismo ecc. ) e/o del contenuto ( delirio, nelle molteplici sue articolazioni) ideativo

- **Disturbo Allucinatorio**

Disturbo della senso-percezione; si tratta di false percezioni che si manifestano in assenza di qualsiasi stimolo esterno identificabile (e percepita in una o più delle cinque modalità sensoriali)

- **Disturbo Comportamentale**

Disturbi che possono manifestarsi nelle molteplici articolazioni del comportamento. A titolo di esempio: bizzarrie, sospettosità, iperattività, isolamento, manierismi, agitazione, aggressività, stereotipie, oltre che particolarità nell'abbigliamento, alimentazione ecc.

- **Disturbo della Relazione**

Disturbi della rete relazionale che il singolo riesce a costruire nei rapporti duali o gruppalì. Valutarne globalmente l'aspetto qualitativo e quantitativo

---

### B3 Farmacoterapia

In questa sezione viene sinteticamente riportata la terapia assunta nel periodo considerato. Si barra la/le categorie di farmaci assunti, se possibile specificando accanto tipo e dosaggio. Se non ci sono significative variazioni rispetto a precedenti osservazioni si barra l'apposita voce

- Neurolettici
- Ansiolitici
- Antidepressivi
- Stabilizzatori
- Altri
- nessuna variazione rispetto a precedenti terapia

## C SCHEDA OSSERVAZIONE RIUNIONI

In questa scheda si valuta la partecipazione alle riunioni, incontri preparatori, incontri di valutazioni ecc.

Oltre alla **numerazione** progressiva e alla **data** va definito il **tema/motivo** dell'incontro, oltre a tutte le indicazioni necessarie per definirlo nella sua interezza

Per ogni persona presente si considera:

**Partecipazione:** il ruolo svolto durante l'incontro, la capacità di interagire con gli altri

La codifica avviene su tre valori:

- 1 partecipazione passiva
- 2 partecipazione indifferente
- 3 partecipazione attiva

**Atteggiamento:** si considera la "qualità" dell'atteggiamento tenuto durante l'incontro, la capacità di "stare in gruppo" favorendo o meno il buon funzionamento dello stesso

La codifica avviene su tre valori:

- 1 atteggiamento oppositivo
- 2 atteggiamento indifferente
- 3 atteggiamento collaborativo



## B) OSSERVAZIONI SULLA PERSONA

gita n° .....

Partecipante .....

### B1 Abilità tecniche

nv (non valutabile) 1(pessima) 2(insufficiente) 3(sufficiente) 4(buono) 5(molto buono)

risposta fisica generale	/nv/	①	②	③	④	⑤
aspetti specifici						
equilibrio	/nv/	①	②	③	④	⑤
manualità	/nv/	①	②	③	④	⑤
concentrazione	/nv/	①	②	③	④	⑤
progressione	/nv/	①	②	③	④	⑤
risposta ai consigli	/nv/	①	②	③	④	⑤
utilizzo materiale	/nv/	①	②	③	④	⑤

### B2 Scala di Valutazione

nv (non valutabile) 1(assente) 2(lieve) 3(moderato) 4(grave) 5(molto grave)

Disturbo d'Ansia	/nv/	①	②	③	④	⑤
peggiorato ① ② ③ migliorato						
Disturbo Depressivo	/nv/	①	②	③	④	⑤
peggiorato ① ② ③ migliorato						
Disturbo Maniacale	/nv/	①	②	③	④	⑤
peggiorato ① ② ③ migliorato						
Disturbo del Pensiero	/nv/	①	②	③	④	⑤

peggiolato ① ② ③ migliorato

**Disturbo Allucinatorio** /nv/ ① ② ③ ④ ⑤

peggiolato ① ② ③ migliorato

**Disturbo Comportamentale** /nv/ ① ② ③ ④ ⑤

peggiolato ① ② ③ migliorato

**Disturbo della Relazione** /nv/ ① ② ③ ④ ⑤

peggiolato ① ② ③ migliorato

### *B3 Farmacoterapia*

- Neurolettici
- Stabilizzatori
- Ansiolitici
- Antidepressivi
- Altri
- nessuna variazione rispetto a precedenti terapie

note:

## C) SCHEDA OSSERVAZIONE RIUNIONI

incontro/riunione n° .....

data ...../...../.....

tema.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

	<u>partecipazione</u>			<u>atteggiamento</u>		
	passiva	attiva	oppositivo	collaborativo		
a)	①	②	③	①	②	③
b)	①	②	③	①	②	③
c)	①	②	③	①	②	③
d)	①	②	③	①	②	③
e)	①	②	③	①	②	③
f)	①	②	③	①	②	③
g)	①	②	③	①	②	③
h)	①	②	③	①	②	③
i)	①	②	③	①	②	③
l)	①	②	③	①	②	③
m)	①	②	③	①	②	③
n)	①	②	③	①	②	③