



Scuola di Psicoterapia Cognitiva Srl

Direttore Dott. Francesco Mancini

Sede di Reggio Calabria

CORSO QUADRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE IN
PSICOTERAPIA COGNITIVA

Esame di Specializzazione

Corso SPC S.r.l. Reggio Calabria – a. a. 2014-2015

Didatti:

Giuseppe Nicolò

Laura Conti

Candidato:

Raffaella Rapisarda

TESI DI SPECIALIZZAZIONE

CAMMINANDO LUNGO I SENTIERI DEL BENESSERE INTERIORE:

LA MONTAGNATERAPIA

*Ai miei genitori
che con i loro immensi sacrifici
hanno fatto sì che io realizzassi i miei sogni
permettendomi di diventare
proprio quella che desideravo essere.*

*A Giuseppe
che con pazienza e amore
mi ha insegnato ad assaporare la vita
nelle sue sfumature più semplici.*

*Ai miei pazienti
che continuano ad insegnarmi
che non si può dare nulla per scontato
e che bisogna sempre guardare
oltre le apparenze.*

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
PARTE PRIMA. LA MONTAGNATERAPIA. DEFINIZIONE, STORIA, BENEFICI, STRUMENTI, APPLICAZIONI	3
CAPITOLO I. LA MONTAGNATERAPIA	4
1.1 DEFINIZIONE DI MONTAGNATERAPIA	4
1.2 FONDAMENTI STORICI DELLA MONTAGNATERAPIA	7
CAPITOLO II. LA MONTAGNA COME SETTING TERAPEUTICO RIABILITATIVO.....	9
2.1 PERCHÉ LA MONTAGNA?.....	9
2.2 LE DIMENSIONI TRASFORMATIVE DELLA MONTAGNATERAPIA	10
2.3 EFFETTI SUL BENESSERE PSICOFISICO DELL'ATTIVITÀ FISICA SVOLTA IN MONTAGNA	13
2.3.1 <i>Effetti sul benessere fisico</i>	13
2.3.2 <i>Effetti sul benessere psichico</i>	15
2.3.3 <i>Altri effetti benefici dell'ambiente montano e naturale</i>	19
CAPITOLO III. LA MONTAGNATERAPIA "IN PRATICA"	21
3.1 LE ATTIVITÀ DELLA MONTAGNATERAPIA.....	21
3.2 ESEMPI DI ESERCIZI ED ATTIVITÀ.....	23
3.3 AREE DI INTERVENTO	28
3.3.1 <i>Montagnaterapia ed Età evolutiva</i>	29
PARTE SECONDA. UN PROGETTO DI MONTAGNATERAPIA CON PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO	31
CONCLUSIONI.....	36
BIBLIOGRAFIA&SITOGRAFIA	37

INTRODUZIONE

*Non è importante la meta,
ma il cammino che porta ad essa.*

Il cammino di Santiago, Paulo Coelho

Quando ero piccola odiavo andare in montagna. Il solo pensiero mi faceva stare male in quanto già prevedevo a cosa sarei andata incontro durante il viaggio in macchina, e giunti alla meta: mal di testa, vertigini, “orecchie tappate”, nausea insopportabile fino al vomito e, come è chiaro immaginare, grande irritabilità... tutti sintomi, questi, che mi sarebbero durati per ore.

Certo non avrei mai pensato che, un giorno, sarei passata dall'essere malata di montagna all'essere malata *per* la montagna e che questa sarebbe diventata per me un luogo associato a un *ben-essere* molto profondo e intimo.

Va da sé che l'amore per una persona (una guida escursionista?!) inizialmente può spingerti a fare cose che non faresti neanche sotto tortura ma, effettivamente, pian piano mi accorgevo che dopo una giornata di cammino all'aria aperta, col sole che riscalda, il vento che sembra accarezzare il viso e i colori accesi di tutto quello che c'è attorno... dopo una giornata di salite e di discese, di silenzi e di tutti quei suoni, odori, gusti così lontani dalla quotidianità, tornavo a casa sì fisicamente stanca ma allo stesso tempo piena di una nuova vitalità interiore e con la mente piena di positività e sgombra da qualsiasi preoccupazione.

Mi rendevo conto che allenare l'attenzione consapevole rispetto all'*hic et nunc* di me-stessa-in-montagna mi allontanava da altri pensieri, non funzionali in quel momento e, di conseguenza, ciò mi permetteva di vivere più intensamente la mia esperienza in un luogo dalla straordinaria ricchezza sensoriale, e di apprezzare *in toto* tutti quegli aspetti che altrimenti avrei trascurato. Inoltre notavo che l'esercizio fisico del trekking, lento e prolungato, aveva sortito come ulteriore effetto a lungo termine un

abbassamento dell'HbA1c (emoglobina glicata), aggiungendo ai benefici psichici anche quelli fisici.

Alla luce di ciò ho deciso di documentarmi in merito alla possibilità di “utilizzare” la montagna come setting terapeutico per il trattamento di vari disturbi psicologici, in particolare quelli associati alle malattie croniche, e ho scoperto che in Italia, già da anni, si sta diffondendo sempre più un approccio chiamato “Montagnaterapia” e che sono sempre più numerosi gli enti legati alla salute mentale che lo stanno utilizzando all'interno dei percorsi riabilitativi dei propri pazienti.

L'idea di poter lavorare integrando le mie due passioni, psicologia e montagna, mi ha entusiasmato talmente tanto che ho cominciato a prendere contatti con chi attualmente si occupa di Montagnaterapia in Italia.

E così che, solo un anno fa, nasce “*Terra Caura*” un'associazione di cui sono socia fondatrice e che, oltre ad organizzare attività prettamente escursionistiche, si impegna nella realizzazione e nello sviluppo di progetti legati proprio alla Montagnaterapia.

La tesi dedica la prima parte alla definizione della terapia della montagna e ad illustrarne i fondamenti storici, gli strumenti di cui si avvale e le applicazioni in ambito clinico e non. Vengono inoltre illustrati gli innumerevoli effetti benefici che tale terapia ha sia a livello fisico che psicologico, soprattutto in termini di riduzione degli stati emotivi negativi e del livello di stress percepito.

La seconda parte illustra, invece, un progetto di Montagnaterapia che, insieme a *Terra Caura*, abbiamo pensato di realizzare per pazienti affetti da Diabete mellito.

PARTE PRIMA

LA MONTAGNATERAPIA

DEFINIZIONE, STORIA, BENEFICI, STRUMENTI, APPLICAZIONI



CAPITOLO I

LA MONTAGNATERAPIA

1.1 DEFINIZIONE DI MONTAGNATERAPIA

Secondo la definizione ufficiale formulata negli anni '90 da Giulio Scoppola e Paolo Di Benedetto, *“con il termine Montagnaterapia si intende definire un originale approccio metodologico a carattere terapeutico-riabilitativo e/o socio-educativo, finalizzato alla prevenzione secondaria, alla cura e alla riabilitazione degli individui portatori di differenti problematiche, patologie o disabilità; esso è progettato per svolgersi, attraverso il lavoro delle dinamiche di gruppo, nell'ambiente culturale, naturale e artificiale della montagna. La Montagnaterapia rivolgendosi all'interezza e inscindibilità della persona del sé, considerato nella fondamentale relazione con il contesto secondo il paradigma biopsicosociale, si pone l'obiettivo della promozione di quei processi evolutivi legati alle dimensioni potenzialmente trasformative della montagna”*¹.

Da sempre la montagna viene associata a significati simbolici riguardanti l'“ascesa”, l'“andare in alto” e quindi la determinazione, il raggiungimento degli obiettivi e il successo per “aver raggiunto la vetta”. La montagna assume perciò un ruolo di mediatore: tra paziente e terapeuta, tra paziente e paziente, tra paziente e se stesso², poiché è un ambiente duro e meraviglioso allo stesso tempo che spinge ad affidarsi agli altri, ma anche a riflettere ed esplorare se stessi. Questo aspetto fa parte della grande ambivalenza che caratterizza l'ambiente montano, in cui vi sono aspre contrapposizioni come quelle tra attrazione e repulsione (ad esempio il desiderio di scalare una parete e la roccia verticale che respinge) o tra alto e basso (lo scopo di

¹ G. Scoppola e Coll. “Definizione di MONTAGNATERAPIA” 2\2007 tratta dal sito www.sopraimille.it

² G. Riccardi, L. Varetti “*Multitematicità: la differenza la fa il percorso*” in Atti del convegno “Sentieri di salute: i saperi di una montagna che aiuta” Riva del Garda (TN) 14-15-16 Novembre 2008

un'escursione è salire, ma dopo bisogna scendere, ritornando al suolo da cui si era partiti)³.

“La Montagnaterapia si attua prevalentemente nella dimensione dei piccoli gruppi, anche coordinati tra di loro; utilizza controllate sessioni di lavoro a carattere psicofisico e psicosociale (con forte valenza relazionale ed emozionale), che mirano a favorire un incremento della salute e del benessere generale e, conseguentemente, un miglioramento della qualità della vita”⁴. Il motivo per cui è preferibile optare per gruppi poco numerosi è far sì che i singoli pazienti vengano seguiti da vicino ed evitare scompensi e ansie dovuti all'ostilità dell'ambiente e delle attività proposte. Inoltre in un gruppo ristretto è più facile che si creino legami interpersonali tra i pazienti che possono essere mantenuti anche all'esterno e che rappresentano uno dei risultati fondamentali ottenibili grazie alla Montagnaterapia.

Secondo Giuseppe Saglio, psichiatra e coordinatore del Centro di Salute Mentale in Valsesia: *“Il gruppo, non perseguendo obiettivi standardizzati o rigidamente costituiti, ma privilegiando piuttosto un approccio ambientale, una holding di tipo pedagogico-genitoriale, proponendosi in una configurazione familiare e facilitante, accetta posizioni iniziali di passività e incapacità per giungere poi attraverso le funzioni di accompagnamento, con i processi di ricostruzione e di riapprendimento, di riconoscimento e di confronto tra il sé/stile di vita individuale e la realtà esterna a una prospettiva evolutiva di miglioramento e di crescita”⁵. Il gruppo insomma segue l'andamento dei singoli pazienti e l'evoluzione di questi ultimi, dal punto di vista riabilitativo, ha una ricaduta sugli altri, soprattutto in un ambiente come quello montano dove la collaborazione e l'affidamento reciproco sono fondamentali per la sopravvivenza stessa.*

“Nella Montagnaterapia, per raggiungere gli obiettivi prefissati, gli interventi socio-sanitari si articolano e s'integrano con le conoscenze culturali e le attività tecniche proprie delle discipline di montagna (frequentazione dell'ambiente montano, pratica escursionistica o alpinistica, sci, arrampicata, ecc.), per tempi brevi o per periodi della durata di alcuni giorni (sessioni residenziali), nel corso dell'intero anno. Il lavoro viene in ogni caso integrato con gli eventuali trattamenti medici, psicologici

³ A. Salsa *“Ecologia della mente: sentieri di salute”* in Atti del convegno *“Sentieri di salute: i saperi di una montagna che aiuta”* Riva del Garda (TN) 14-15-16 Novembre 2008

⁴ G. Scoppola e Coll. *Ibidem*

⁵ G. Saglio, C. Zola *“In su e in sé - Alpinismo e psicologia”*, Priuli&Verluccha Collana paradigma Torino 2008 pagg. 277-278

e/o socio-educativi già in atto”⁶. La straordinaria variabilità dell’ambiente montano permette di utilizzare numerose tecniche durante le uscite. Andare in montagna non vuol dire fare semplicemente trekking o un’escursione della domenica, ma è anche arrampicare, praticare sport invernali, esplorare una grotta o seguire un percorso di orienteering. Le metodologie utilizzate vanno però calibrate in base alle reali capacità dei pazienti seguiti, per evitare non solo scompensi a livello psichico ma anche incidenti fisici che purtroppo sono tipici di questo ambiente insidioso⁷.

“Le attività di Montagnaterapia richiedono l’utilizzo di comprovate competenze cliniche e l’adozione di appropriate metodologie, che riguardano anche la specifica formazione degli operatori e la verifica degli esiti. Le attività di Montagnaterapia vengono progettate ed attuate prevalentemente nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale, o in contesti accreditati, con la collaborazione del Club Alpino Italiano (che ne riconosce ufficialmente le finalità e l’Organizzazione Nazionale), e di altri Enti o Associazioni (accreditate) del settore”. L’èquipe degli operatori che si occupano di Montagnaterapia deve essere composta da figure professionali differenti ma che agiscono secondo obiettivi comuni: il loro ruolo è di creare quell’empatia e quella collaborazione che risultano indispensabili durante le uscite. Inoltre è fondamentale che agiscano in modo da contenere le emozioni dei propri pazienti e che si mostrino disponibili e aperti sia nei confronti dei partecipanti al gruppo, sia verso l’esterno⁸. Proprio per questo è importantissimo che gli operatori vengano adeguatamente formati da enti specifici, come il C.A.I., responsabili della formazione “pratica” degli operatori, che insegnano loro quali caratteristiche deve avere un’uscita perché sia sicura e piacevole. D’altra parte gli operatori della salute mentale aiuteranno gli esperti a relazionarsi con i pazienti, aiutandoli anche a superare certe convinzioni legate allo stigma nei confronti della malattia mentale⁹.

Altro aspetto fondamentale della Montagnaterapia è la necessità di monitorare i risultati ottenuti dai singoli pazienti. Un gruppo di Montagnaterapia non è soltanto composto dalle uscite, ma prevede anche incontri preparatori, verifiche al ritorno dalle escursioni, programmazioni e monitoraggio sui miglioramenti o peggioramenti dei singoli pazienti. Un gruppo di Montagnaterapia pertanto non va assolutamente confuso

⁶ G. Scoppola e Coll. *Ibidem*

⁷ S. Franchin “Proposta per una scala di difficoltà” intervento al seminario nazionale “La tessitura della rete-ambito montagna e disagio” Monte Grappa (Vi) 13-14-15 Giugno 2008 pubblicato sul sito www.montagnacheaiuta.it

⁸ G. Saglio, C. Zola *Ibidem*

⁹ S. Carpineta *Ibidem*

con un insieme di pazienti *“che fa una gita in montagna”*¹⁰, perché si tratta di un vero e proprio gruppo terapeutico che ha una serie di regole ben precise e codificate, inserite nell’ottica più ampia della riabilitazione psichiatrica.

1.2 FONDAMENTI STORICI DELLA MONTAGNATERAPIA

La prima esperienza in questo campo risale al 1984, quando ad un infermiere del centro ospedaliero di Bel Air, una località delle Ardenne, in Francia, venne l’idea di *“strappare i suoi malati, tra i quali c’erano alcuni schizofrenici, da quei padiglioni di ospedale dove vegetavano da anni annichiliti dai tranquillanti e dal rito manicomiale”*¹¹ portandoli a 2500 metri di quota.

In Italia è stata la Fondazione Emilia Bosis di Bergamo ad aprire la via, inserendo tra le sue attività di riabilitazione la scoperta e la frequentazione della montagna, per poi allargare il campo al progetto “Montagna Solidale” che, dal 1997, ha portato operatori e pazienti tra le montagne del Nepal, sulla vetta del Monte Rosa, a un passo dalla vetta del Monte Bianco ed alla base del Cerro Torre in Patagonia¹². Sempre nel 1997, nella comunità terapeutica Montesanto dell’ASL RmE venne dato inizio a quello che ancora oggi è il gruppo di Montagnaterapia. L’idea nasce quasi per caso in una calda giornata dell’estate romana: come racconta l’educatore Dino Ermini, tuttora responsabile del progetto, gli stessi pazienti preferirono una rinfrescante passeggiata sui colli romani a un’afosa e caotica giornata al mare. L’esperienza piacque a tal punto che si decise di trasformare la semplice camminata in montagna in un gruppo strutturato, che all’inizio prevedeva due uscite mensili con ritorno in giornata, modalità in seguito sostituita da una sola escursione al mese che prevedeva anche il pernottamento in rifugio¹³.

Nel 2003 alcuni operatori del Centro di Salute Mentale di Arco, decisero di utilizzare *“l’ambiente montagna”*¹⁴ all’interno delle pratiche riabilitative legate al disagio psichico realizzando il progetto “Sopraimille”, in collaborazione con la Società Alpinisti Tridentini (S.A.T.) e il Club Alpino Italiano (C.A.I.) di Riva del Garda¹⁵.

¹⁰ D. Ermini *Ibidem*

¹¹ U. Munzi *“Malati di mente alpinisti per guarire”* tratto da un articolo del “Corriere della Sera” del 26/11/92

¹² F. Ardito *“La Montagnaterapia”* Espressonline 25 Marzo 2002 su www.espressonline.kataweb.it

¹³ D. Ermini *“Montagnaterapia - ambito salute mentale”* Asiago 9 Marzo 2007 audio registrazione da www.sopraimille.it

¹⁴ S. Carpineta *“Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille” Riva del Garda 9-11 Settembre 2005”* Documenti per la salute n.25 - Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento pag. 22

¹⁵ R. Villi, S. Carpineta *“Sopraimille, un’avventura fuori dall’ordinario”* estratto dagli atti dell’incontro nazionale del Club Alpino Italiano “Montagna, fonte di solidarietà” Trento 16 Ottobre 2004

L'interesse per la Montagnaterapia si sta diffondendo in maniera capillare in tutta Italia e sono sempre più numerosi gli enti legati alla salute mentale che stanno utilizzando questa metodologia innovativa all'interno dei percorsi riabilitativi dei propri pazienti.

CAPITOLO II

LA MONTAGNA COME SETTING TERAPEUTICO RIABILITATIVO

2.1 PERCHÉ LA MONTAGNA?

“Se osserviamo la città e l’ambiente dove viviamo e lavoriamo, con la continua sovrapposizione a rumori, luci e relazioni, possiamo capire che la Montagnaterapia nasce e si appoggia alla naturale necessità dell’uomo, sano prima ancora che malato, di ritrovarsi rispecchiandosi in luoghi naturali che da sempre gli sono stati propri. Lì dove la complessità degli stimoli cittadini cede il campo alla limitatezza di alcuni elementi: la vetta, il rifugio, l’alpeggio, il pascolo, dotati di grande intensità evocativa e soprattutto di uno spazio sgombro da relazioni temute, da riempire con nuove memorie e nuovi affetti”¹⁶.

In montagna *“allo stress cronico interno - il nucleo traumatico o la parte mancante o fratturata della mente spesso non più consapevole - viene sovrapposta la presenza di potenziali fonti di stress sensoriali e psicologici, come la paura di scivolare, del maltempo, della verticalità che però possono essere memorizzate e ricategorizzate e avere così un valore positivo”*.

La particolarità dell’ambiente montano, inoltre, fa sì che alcune regole proprie dei setting tradizionali vengano messe in discussione se non addirittura sradicate¹⁷. La maggior parte dei gruppi riabilitativi si svolge, infatti, in ambienti chiusi o prettamente legati all’ambito dei servizi psichiatrici, cosa che raramente avviene nei gruppi di Montagnaterapia dove, oltre alle uscite, ci si appoggia a strutture esterne quali rifugi, sedi del C.A.I., palestre di arrampicata, ecc. Si può quindi dire che uno degli aspetti

¹⁶ D. Ermini *Ibidem*

¹⁷ G. Scoppola *“Dentro la Montagnaterapia: storia, radici, strumenti”* in A cura di S. Carpineta *“Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille” Riva del Garda 9-11 Settembre 2005”* Documenti per la salute n. 25 - Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento pag. 30

fondamentali e unici della Montagnaterapia è appunto il fatto stesso di “uscire dalle mura” con tutti gli aspetti, positivi o negativi che questo comporta¹⁸.

La montagna, in quanto ambiente naturale, variabile e non iscrivibile e codificabile in precise regole che lo governano, porta a una potenziale destrutturazione del setting tradizionale perché vi è un parziale abbattimento delle gerarchie tra pazienti e operatori. I motivi per cui questo fenomeno si verifica sono due: il primo è che durante un’escursione anche gli stessi operatori, sempre visti dai pazienti come figure onnipotenti, mostrano i loro limiti fisici, che spesso sono simili a quelli degli utenti stessi. Ciò provoca turbamento nei pazienti, che hanno sempre visto i loro operatori come funzionanti e capaci di fare tutto, e ora li colgono nel pieno della loro vulnerabilità, ma rappresenta un aspetto utile per evitare che si sviluppi un’eccessiva dipendenza tra utenti e conduttori del gruppo¹⁹. Il secondo motivo è attribuibile al fatto che spesso in montagna l’operatore si trova a improvvisare e a cambiare l’azione in corso d’opera. Può, infatti, capitare che il tempo cambi improvvisamente o che il sentiero scelto per l’escursione risulti impraticabile: l’operatore dovrà quindi modificare i suoi piani in modo repentino, senza avere il tempo di riflettere a lungo sulla decisione da prendere e senza potersi confrontare con gli altri membri dell’equipe.

L’apertura verso l’esterno inoltre facilita la lotta contro lo stigma nei confronti della malattia mentale. I pazienti, infatti, hanno la possibilità di uscire da un contesto legato alla dipendenza dai servizi di salute mentale e di condividere la stessa passione per la montagna con il gruppo degli escursionisti non affetti da patologie psichiche.

2.2 LE DIMENSIONI TRASFORMATIVE DELLA MONTAGNATERAPIA

Quello che diversifica quindi la Montagnaterapia dalle altre attività riabilitative è innanzitutto la *dimensione naturale*. L’ambiente montano è un territorio poco modificato dall’uomo, affascinante e ricco di stimoli sensoriali 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

¹⁸ A. Brega, G. Rescaldina “*In montagna con metodo*” in Atti del convegno “Sentieri di salute: i saperi di una montagna che aiuta” Riva del Garda 14-15-16 Novembre 2008

¹⁹ D. Ermini “*Pedagogia dell’esperienza in ambito montano*” in A cura di S. Carpineta “Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille” Riva del Garda 9-11 Settembre 2005” Documenti per la salute n. 25 - Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento pagg. 40-45

montagna può rappresentare una vera e propria palestra di stimolazione della propria capacità di osservazione, di contemplazione ma in special modo della propria intelligenza motoria.

E proprio la *dimensione corporea* è un elemento focale della Montagnaterapia. Alcune patologie psichiatriche, si pensi alla psicosi, hanno gravi conseguenze sulla fisicità della persona poiché spesso il corpo è assente o poco avvertito per il malato o, al contrario, sovrainvestito di attenzioni disfunzionali²⁰. La terapia della montagna invece permette al paziente di imparare ad “ascoltare” il proprio corpo, attraverso diverse sensazioni come, ad esempio, la variazione del respiro e del battito cardiaco che può percepire durante le varie fasi di un’escursione o la fatica e il senso di stanchezza che lo accompagnerà alla fine del cammino. Grazie a queste sensazioni il paziente torna a “sentire di possedere il proprio corpo”²¹, con conseguenze positive sulla vita di tutti i giorni. Sempre legato al corpo, vi è l’importante apporto che la Montagnaterapia ha sulla cura del sé. Per svolgere in modo sicuro e piacevole un’escursione o una scalata è necessario essere muniti della strumentazione adeguata, anche a livello di vestiario, viveri e acqua: il paziente deve quindi responsabilizzarsi, imparando dalle esperienze passate e dai consigli altrui, quale può essere l’abbigliamento adeguato e quali i materiali necessari da portare in escursione senza dimenticare nulla ed evitando il superfluo.

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.

Inoltre attraverso la Montagnaterapia è possibile favorire l’aumento di *autostima e autoefficacia* nel paziente²². Spessa capita durante una scarpinata che l’escursionista, voltandosi indietro a osservare il punto da cui era partito, spesso non riesce a credere di aver percorso tanta strada e si compiace di essere arrivato fin lì servendosi solo delle proprie forze! Questa sensazione risulta amplificata se a essere arrivato alla meta è un paziente psichiatrico, il cui disturbo è spesso caratterizzato da perdita di speranza e di fiducia nelle proprie capacità. Grazie alla montagna quindi si arriva a un superamento di

²⁰ D. Ermini “*Pedagogia dell’esperienza in ambito montano*” in A cura di S. Carpineta “Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille” Riva del Garda 9-11 Settembre 2005” Documenti per la salute n. 25 - Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento pagg. 40-45

²¹ D. Ermini “*Proposte di esercizi fisici*” in A cura di S. Carpineta “Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille” Riva del Garda 9-11 Settembre 2005” Documenti per la salute n. 25 - Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento pag. 61

²² G. Scoppola *Op. Cit.* pag. 39

quei limiti, fisici e psicologici, che impediscono al paziente di vivere una vita serena e non isolata.

Un'altra dimensione su cui la Montagnaterapia ha effetti positivi è quella *relazionale*. Il gruppo di MT si basa, infatti, su un particolare tipo di alpinismo, detto "alpinismo orizzontale"²³, in cui predominano le dimensioni legate alla socializzazione e alla solidarietà tra i partecipanti. L'aiuto reciproco diventa quindi un aspetto fondamentale e irrinunciabile per affrontare le uscite. La socializzazione tra i partecipanti al gruppo è inoltre agevolata dal fatto che in montagna si sta a stretto contatto gli uni con gli altri, camminando insieme, mangiando insieme, dormendo insieme al rifugio. 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. Ciò può essere molto destabilizzante per un paziente che non ama i contatti ravvicinati con gli altri, ma è altamente consigliabile per far sì che tra gli utenti nascano relazioni estendibili anche all'esterno dei servizi. In montagna quindi si fatica insieme e insieme si raggiunge la tanto agognata meta, dividendo con i propri "compagni di viaggio" la stanchezza e la gioia dell'arrivo.

In sintesi, la montagna ha in sé un grande potere trasformativo, che si sviluppa attraverso una serie di dimensioni trasformative:

- il *confronto cognitivo ed emozionale* con spazi non civilizzati e diversi da quelli di cui si ha normalmente esperienza diretta e quotidiana. L'ambiente esterno favorisce il confronto con l'"altro diverso da me", il silenzio e la solitudine facilitano il confronto con il mio "ambiente interiore";
- la *dimensione esplorativa* (l'incontro con il nuovo e lo sconosciuto) e la necessità di dotarsi di strumenti e di competenze adeguate (l'orientamento, la capacità di muoversi su terreni impervi e su percorsi diversi, sapersi proteggere dalle intemperie, trovare un equilibrio utile, ecc.);
- la capacità e la *necessità di diventare autonomi*;
- la *necessità di fare gruppo* e la *fiducia* nei compagni e nella guida;

²³ D. Ermini intervento al convegno "Montagnaterapia - ambito salute mentale" Asiago 9 Marzo 2007 audio registrazione da www.sopraimille.it

- il *cambiamento della propria prospettiva di vista* attraverso una dimensione di spostamento verticale e l'“innalzarsi” (l'ascesa) come metafora di evoluzione personale;
- la *dimensione temporale e progettuale del viaggio*, la possibilità del ricordo e della rielaborazione successiva (anche con l'ausilio di mezzi audiovisivi: il prima, il durante, il dopo);
- la *condivisione dell'esperienza*;
- la *globalità dell'esperienza* che interessa la globalità fisica, sensoriale ed emotiva.

La montagna, così, diventa uno *spazio vitale* in grado di aiutare la costruzione di una nuova struttura interiore²⁴.

2.3 EFFETTI SUL BENESSERE PSICOFISICO DELL'ATTIVITÀ FISICA SVOLTA IN MONTAGNA

2.3.1 Effetti sul benessere fisico

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.

Camminare è un movimento innato nell'uomo: la deambulazione infatti è una tappa dello sviluppo motorio che si acquisisce spontaneamente; il camminare non comporta nessun movimento forzato e quindi nessun particolare trauma all'apparato locomotore, a differenza invece della corsa che può provocare microtraumi a livello della colonna vertebrale.

I miglioramenti che si riscontrano nell'*apparato osteo-artro-muscolare* riguardano innanzitutto un sensibile aumento del *tono muscolare*, per cui la fibra, irrorata da maggior quantità di sangue si ossigena e si rinforza; poi un'*aumentata mobilità delle articolazioni*, che muovendosi in modo naturale mantengono un elevato grado di elasticità nei tendini e nei legamenti, con un bassissimo rischio di stiramenti tendineo-

²⁴ N. De Toma “*Le trasformazioni del viaggio. Per una metodologia della Montagnaterapia. Un modo diverso per percorrere la montagna*” in Atti del convegno “Montagna ambiente di benessere e cura” Valsavarenche 3-4 Luglio 2012 pag. 23

legamentosi, data la non forzata escursione del movimento articolare nella deambulazione; anche il *tessuto osseo* si mantiene compatto e si evitano rischi di deterioramento precoce dell'apparato scheletrico, come l'osteoporosi.

Per quanto riguarda il *sistema cardiocircolatorio* enormi cambiamenti si riscontrano fra un individuo sedentario e un abituale camminatore. In quest'ultimo infatti il cuore è più grosso, sia perché le cavità si ampliano, per contenere una quantità di sangue maggiore, sia perché le pareti, costituite da tessuto muscolare si rinforzano e si ispessiscono. Un cuore così modificato fa sì che la frequenza cardiaca, cioè il numero di contrazioni che il cuore effettua in un minuto, tenda a diminuire e se per uno sforzo, nel sedentario, occorre un dato numero di pulsazioni, con l'allenamento il numero scende sensibilmente.

Molto interessanti sono gli adattamenti che si verificano nella *circolazione sanguigna*: le pareti dei vasi, infatti, diventano più elastiche e il sangue scorre in modo facile, incontrando poca resistenza. Tutto questo permette una diminuzione della pressione sanguigna e un migliore ritorno venoso del sangue al cuore. Questi fattori sono preziosi se consideriamo che influiscono direttamente sul rischio di complicazioni cardio-circolatorie: camminare dunque è importantissimo per prevenire infarti e arteriosclerosi.

Con il movimento si portano miglioramenti anche a livello di *apparato respiratorio*: innanzitutto i muscoli annessi alla cassa toracica, ovvero i muscoli della respirazione, si rinforzano e permettono un ampliamento dello spazio per i polmoni i quali possono espandersi carichi di ossigeno, poi si ha un rallentamento della frequenza respiratoria proprio perché la capacità vitale, ovvero la quantità di aria che si "butta fuori" dopo un rigonfiamento massimo del torace, aumenta di gran lunga; la capacità vitale, dunque dipende strettamente dal volume del torace.

Fondamentale a questo punto è ricordare che nel trekking si effettuano inspirazioni ed espirazioni in ambienti puri, dove l'aria non è inquinata e non contiene scorie nocive per l'albero respiratorio. Infatti, respirare l'aria di montagna, è un piacere di cui ci accorgiamo istantaneamente, si avverte subito il beneficio che i nostri polmoni traggono dall' "aria pura". Sono stati intrapresi da circa dieci anni degli studi scientifici sugli ioni positivi e quelli negativi che sono contenuti in varie quantità nell'aria. La ricerca dimostrerebbe che gli ioni negativi (quelli cioè con più elettroni) facilitano il passaggio dell'ossigeno nel sangue. Gli ioni negativi nascono dalla pioggia, dalle cascate, dalle

celandonie, ed è per questo che il permanere vicino a questi luoghi è positivo per la nostra salute²⁵.

2.3.2 *Effetti sul benessere psichico*

Il benessere fisico derivante dal muoversi e dal praticare attività fisica, soprattutto se questa viene svolta all'aria aperta, si riflette anche sul benessere psicologico ed emotivo dell'individuo.

Già gli antichi affermavano che, nello studio dei “fenomeni” del corpo, fosse impossibile prescindere da una concezione olistica dell'uomo centrata sull'unitarietà mente-corpo, benessere fisico-benessere psichico.

Ma come la salute fisica possa influenzare l'emotività, quali meccanismi (fisiologici e non) sottendano tale processualità è ancora oggi fatto ben lontano dal poter essere definito. In questo ci aiutano branche della scienza quali la psicofisiologia e la medicina, come anche ambiti di ricerca molto specifici della Psicologia della Salute e dello Sport. In particolare, solo di recente, l'attenzione sugli aspetti psicologici attinenti alla pratica sportiva ha permesso il fiorire di studi sperimentali sugli effetti terapeutici del movimento in varie forme di psicopatologia e, quindi, anche chiarire un po' quali siano i meccanismi neurochimici e neurobiologici in grado di aumentare il tono dell'umore, migliorare l'autostima, favorire un'emotività equilibrata, incrementare la qualità del sonno e delle risposte allo stress.

Per quanto la scienza ancora non fornisca risposte univoche e definitive in merito, è comunque interessante seguire i contributi che la ricerca sta realizzando sia con soggetti normali che affetti da psicopatologie, sia in laboratorio che ‘in vivo’, ossia mentre praticano sport o mentre li si coinvolge attivamente in programmi esperienziali in grado di modificare il loro stile di vita in termini di maggiore attività sportiva.

È stato dimostrato con dati *evidence based* che l'attività fisica, in particolare quella svolta in ambienti naturali come per l'appunto la montagna, può e deve essere considerata un ***comportamento di autoprotezione della salute***.

Innanzitutto, praticare attività fisica ha effetto sulla ***depressione***, o comunque su condizioni di basso tono dell'umore. Sembra che già nell'antica Grecia Ippocrate prescrivesse l'attività fisica ai pazienti melanconici, ma solo con i primi studi scientifici,

²⁵ Stiegler, C. e E. *Camminare, respirare, vivere*

condotti negli anni '70, vennero mostrati sia gli esiti positivi dell'attività fisica sulla depressione come anche una maggiore incidenza di quest'ultima tra i soggetti sedentari.

È stato anche osservato che gli effetti positivi sul tono dell'umore si manifestano immediatamente, cioè al termine di una sessione d'esercizio in soggetti a lungo sedentari, ma ovviamente la pratica continuativa (almeno alcuni mesi, con una frequenza ed intensità adeguate) permette di raggiungere il massimo effetto terapeutico.

Ma cosa determina questi effetti, spesso anche sovrapponibili agli esiti ottenuti con la psicoterapia o attraverso la cura psicofarmacologica? Com'è noto, l'attività fisica può "distrarre" il soggetto dai pensieri ansiogeni (*ipotesi della distrazione e del time-out*), ma altri Autori chiamano in causa la possibilità di svago, il miglioramento dell'immagine di sé e dell'autostima, il piacere di praticare in gruppo, ma non si conosce il peso di tali fattori né il modo in cui potrebbero agire in direzione dello stato di benessere.

Appare più utile appellarsi ad una spiegazione neurofisiologica; ed in particolare, non potendo affermare con certezza che il movimento determini nell'uomo (mentre negli animali è stato confermato) un aumento di determinati neurotrasmettitori o di loro precursori nel sangue (noradrenalina, serotonina) in grado di agire su centri nervosi responsabili delle nostre risposte emotive, è sempre più avallata l'ipotesi che fare attività fisica possa indurre cambiamenti a livello dell'asse ipotalamico-ipofisario. Le ragioni di tali cambiamenti vengono spiegati con il fatto che l'esposizione alla luce solare durante l'esercizio stesso, aumenta la produzione di melatonina e di testosterone, responsabili di un migliore tono d'umore.

Un tema più dibattuto e dai risvolti ancora controversi e irrisolti, riguarda l'effetto dell'attività fisica sull'*ansia*. La letteratura suggerisce un effetto generale di riduzione dell'ansia in un arco di valori dal debole al moderato; tuttavia è stato anche osservato in ricerche recenti, che specifici training di allenamento contribuiscono a migliorare sia l'ansia di stato che di tratto in misura addirittura paragonabile alla psicoterapia.

D'altro canto, negli anni '60, alcuni clinici erano invece riusciti a dimostrare che l'esercizio intenso può accrescere l'ansia²⁶. È allora evidente che quando si indagano gli effetti terapeutici dell'attività fisica sull'ansia ci si imbatte in un fenomeno molto complesso, ma malgrado ciò si può comunque affermare che tre o quattro mesi di pratica siano in grado di migliorarla. In particolare appare necessario porre attenzione

²⁶ Pitts e Mc Clure 1967

alla tipologia dello sport praticato, piuttosto che alla frequenza, in ragione del fatto che gli effetti sulla psiche non sembrano legati a cambiamenti nel fitness, ovvero al miglioramento dell'efficienza cardiorespiratoria prodotta dall'allenamento; a tal proposito, alcune ricerche hanno dimostrato che allenamenti intensi sembrano poco efficaci sull'ansia, mentre gli esercizi aerobici e ritmici (carichi leggeri, movimenti rapidi) sembrano utili già alla prima sessione.

Meno facile è dire se la riduzione dell'ansia dipenda maggiormente da meccanismi strettamente neurofisiologici o piuttosto di ordine psicologico. Di sicuro, in un disturbo in cui il contenuto e la ricorsività del pensiero hanno un ruolo importante, l'effetto distraente dell'attività praticata non è trascurabile come anche non lo sono gli effetti del miglioramento dell'autostima, della percezione del sé fisico, della padronanza di sé. È stato inoltre osservato che gli atleti con allenamento di resistenza hanno una densità d'adrenorecettori sui linfociti più alta del normale, elemento di non poco conto se si pensa che patologie quali ansia e depressione inducono disregolazioni di alcuni sistemi neurali (noradrenergici e serotoninergici) ed una diminuzione proprio di tali recettori.

In soggetti normali, non affetti né da ansia o depressione, è stata verificata la relazione positiva tra attività fisica e benessere psicologico, anche quando la si pratica moderatamente. In queste persone l'effetto maggiore sull'emozioni e sull'umore è da ricondursi a fattori soprattutto psicosociali: la possibilità di far parte di un clima di gruppo accettante e non agonistico, l'attività focalizzata su obiettivi quali il miglioramento personale o la padronanza del compito piuttosto che sulla competizione, lo sport praticato in maniera godibile, aerobica regolare e ad intensità moderata. Questi ultimi aspetti appaiono ancora più importanti se letti alla luce di ricerche effettuate su atleti professionisti in cui è stato osservato che un eccesso di allenamento causa un netto peggioramento dell'umore.

Anche l'*autostima* ha una sua importanza non trascurabile; oltre ad essere un indicatore di salute mentale, è significativamente correlata anche con una migliore salute fisica. Questo è spiegabile con il fatto che le malattie croniche, inducendo depressione, abbassano l'autostima stessa. Pertanto il praticare sport e migliorare la salute, hanno effetti significativi anche sull'autostima.

L'esercizio è inoltre un mezzo per migliorare l'immagine di sé ed in generale il sé fisico, a tutte le età e senza differenze di genere. Basti pensare al fatto che proprio persone con più bassa autostima, come le persone obese, gli anziani ed i malati traggono maggiori effetti dall'attività fisica. Circa i possibili meccanismi d'azione, è da ricordare

che nella nostra cultura si accorda molto valore all'attrazione fisica. Il dominio fisico è chiaramente incluso nel modello dell'autostima, e gli elementi del sé fisico agiscono da interfaccia col mondo sociale. Secondo Fox, a più alti livelli di autostima corrispondono un miglior senso di autonomia e di controllo del corpo, un maggior senso d'appartenenza col gruppo ed un miglioramento della competenza fisica percepita, grazie al miglioramento della forza e della funzione cardiorespiratoria.

L'effetto dell'esercizio fisico sullo *stress* è forse l'argomento più complesso e meno approfondito. I meccanismi di abbassamento della reazione di stress per mezzo dell'esercizio sono complessi e non ancora del tutto chiariti. Possiamo però affermare con sicurezza che l'allenamento cardiorespiratorio è associato con una leggera diminuzione della frequenza cardiaca a riposo e delle reazioni pressorie durante uno stress mentale attivo ma non passivo. Il beneficio, allora, deriverebbe da un minor livello di partenza e non da una minore reazione allo stress.

Mancano o sono inattendibili gli studi relativi ad altre risposte ormonali come quella del cortisolo, per affermare che l'esercizio modifichi le altre risposte endocrine durante lo stress. Non possiamo allora stabilire gli effetti dell'allenamento durante la risposta allo stress, e neppure se migliori il recupero alla cessazione di esso. Tuttavia, gli adulti con stress moderato affermano che si sentono meglio, sia dopo una singola sessione di esercizio che dopo un periodo di pratica. In sintesi, gli studi non hanno dimostrato con certezza che tali risultati siano indipendenti dalle aspettative soggettive dei benefici. Comunque, è plausibile che una miglior efficienza generale dell'organismo migliori l'adattamento di quest'ultimo ai vari tipi di stressors.

Infine, la pratica dell'esercizio fisico ha effetti positivi sulla qualità del *sonno* e si rivela di grande utilità in casi di disturbi gravi, specie l'insonnia, in grado di inficiare pesantemente sul livello generale di qualità della vita e di aumentare il rischio di vari problemi di salute. L'Associazione Americana per i disturbi del Sonno consiglia l'attività fisica poiché in grado di creare un piccolo ritardo nell'inizio del sonno REM, un modesto incremento nelle onde lente e nella durata totale del sonno; in altre parole, un sonno più profondo e lungo, quindi più tonificante. I disturbi del sonno sono anche sintomi secondari delle già citate ansia e depressione, quindi incidere su queste ultime attraverso lo sport o assicurandosi di esporsi alla luce solare può indirettamente incidere anche sul sonno stesso. Infine, durante l'esercizio, aumenta nei muscoli la concentrazione d'adenosina. Si ritiene che tale sostanza abbia un ruolo importante nella regolazione del sonno.

In conclusione, l'attività fisica, soprattutto quella svolta all'aria aperta, può davvero essere considerata un importante fattore autoprotettivo della salute fisica e psicologica, in grado di incidere in direzione positiva la qualità della vita e di aiutarci sia nella cura che nella prevenzione dell'insorgenza di psicopatologie.

2.3.3 Altri effetti benefici dell'ambiente montano e naturale

Gli effetti benefici non si ottengono solo dal movimento ma anche i colori, i suoni, gli odori, il contatto con gli alberi e i corsi d'acqua nonché tutti gli altri stimoli presenti in natura contribuiscono a ridurre l'ansia e aiutare gli individui a fronteggiare meglio gli eventi stressanti della vita, contribuiscono cioè a ristabilire l'equilibrio psico-fisico della persona. Tale consapevolezza spinge dunque a pensare che ci sia una forte relazione tra psicologia ed ecologia.

In una ricerca condotta da Ulrich nel 1979 sono stati studiati gli effetti che la percezione visiva ha sui vissuti d'ansia e quali elementi migliorativi ci possano essere nel caso in cui la visione sia di un panorama naturalistico. L'ipotesi principale della ricerca sosteneva che i livelli di ansia diminuissero generalmente dopo la visione di alcune fotografie di paesaggi naturalistici e i risultati hanno confermato che la visione di contesti "esterni" favorisce uno stato psicologico di benessere.

Anche la teoria psicoevoluzionista ha fatto diverse ipotesi di influenze naturali sulla riduzione dello stress dal punto di vista emozionale, attentivo e fisiologico. Molti studi sono stati fatti sulla relazione tra stress e ambiente, focalizzando l'aspetto terapeutico della natura sugli effetti del *recovery*, con l'obiettivo di indagare, attraverso una combinazione di misurazioni fisiologiche e verbali, la possibilità che l'esposizione ai differenti ambienti quotidiani possa incoraggiare o inibire il recupero dello stress.

Alcuni supporti empirici al concetto che la visione di ambienti naturali non antropizzati tenda ad incoraggiare il recupero, li troviamo nelle ricerche dello stesso Ulrich il quale, partendo dal presupposto che i contesti urbani quotidiani tendano a favorire molto meno il recupero dallo stress piuttosto che quelli naturali, ha ipotizzato che l'esposizione a paesaggi naturali incontaminati incoraggi un grande recupero.

Difatti, dopo un evento stressante, le influenze positive di una scena naturale sono rese evidenti da uno stato emozionale positivo e dalla diminuzione di sintomi fisiologici. Il recupero dallo stress è più difficile in contesti urbani (specialmente con molto traffico e molte persone) perché sovraccarichi di stimoli intensi e imprevedibili.

Sembra che, in base alle misurazioni cardiache, le reazioni prodotte dai contesti naturali non siano tanto legate ai processi cognitivi (associazione, memoria), quanto all'azione dei barocettori, ossia a quel dispositivo di controllo della pressione arteriosa, facilitata, appunto, da un contesto naturale e meno stressante. Come sostiene Ulrich: *“scene naturali aumentano il livello di attenzione, diminuiscono quello di paura”* e ancora *“pazienti ospedalieri chirurgici hanno avuto un decorso più breve e una minore necessità di tranquillanti, una miglior valutazione dagli infermieri se la loro finestra offriva una visione di alberi piuttosto che di un muro”*²⁷.

Un altro aspetto importante, origine di benefici, consiste nel fatto che l'ambiente naturale, il più delle volte, coincida con un cambiamento di luogo e di attività diverse da quelle svolte nella vita quotidiana: l'importanza dell'essere lontano da casa o dalla situazione usuale è stata ben documentata negli studi sulle motivazioni di chi sente il bisogno di utilizzare ambienti selvaggi o di svolgere attività ricreative all'aria aperta²⁸.

Gli ambienti naturali, come si evince dalla letteratura, non creano, nella quasi totalità dei casi, effetti dannosi sulla vita dell'uomo, anzi riducono lo stress e promuovono sentimenti e stati d'animo positivi aumentando l'autostima e la fiducia in se stessi.

Sulla base di tutti questi studi, si comprende che il parlare di Montagnaterapia significa uscire da quel concetto di una psichiatria chiusa e preconfezionata per riportarla in quel contesto dove l'uomo in genere e, in modo particolare, l'individuo malato possa trovarsi a proprio agio e attivare così la sua parte sana.

²⁷ R. S. Ulrich, 1979

²⁸ Driver e Knopf, 1976; Knopf, 1983, 1987

CAPITOLO III

LA MONTAGNATERAPIA “IN PRATICA”

3.1 LE ATTIVITÀ DELLA MONTAGNATERAPIA

Tra le attività più conosciute e più utilizzate in Montagnaterapia c'è l'*escursionismo* semplice della durata di un giorno e che può comprendere anche degli *hiking*, in cui l'idea di ascesa verso un obiettivo si muove parallelamente ad un percorso diretto verso una vetta, oppure dei *trekking* di più giorni, in cui le distanze maggiori vengono suddivise in tappe più brevi come a voler suddividere metaforicamente in più steps o miniobiettivi un macro problema in vista della sua graduale risoluzione. Questa modalità è la più facile da mettere in pratica perché rispetto ad altre tecniche, quali l'arrampicata o le attività sulla neve, richiede meno attrezzature e preparazione atletica. Tuttavia non bisogna pensare che sia una tecnica semplice in quanto necessita ugualmente di una preparazione, quantomeno teorica, sul materiale da portare, sulla topografia e sulla scelta dell'itinerario. Una variante dell'*escursionismo* è il *trekking* di più giorni, che prevede anche il pernottamento in rifugio, in un bivacco o in tenda. Ciò permette al gruppo di unirsi maggiormente perché i momenti di aggregazione aumentano: i pazienti stessi si troveranno a dover condividere con gli altri momenti che appartengono alla loro vita più privata ed intima, come il sonno, la cena e le operazioni di pulizia personale.

Un'altra modalità molto utilizzata all'interno del gruppo di Montagnaterapia è l'*attività sulla neve*, che non necessariamente coincide solo con gli sport invernali come sci, snowboard, ecc. Questa tecnica serve principalmente per aiutare i pazienti a modificare i propri punti di vista e i modelli di riferimento, aspetti su cui spesso essi stessi si fossilizzano: sepolti da una coltre di neve, i sentieri, che nelle altre stagioni servono agli escursionisti per giungere alla meta senza perdersi, non esistono più e bisogna trovare altri modi per poterli raggiungere, magari servendosi di strumenti come bussole e cartine oppure avvalendosi delle esperienze passate e quindi utilizzando le

proprie capacità mnemoniche nella individuazione di ricordi topografici, quali alberi, colline o rocce, utili nella individuazione del sentiero.

Tra le discipline sportive di cui si può fare esperienza in Montagnaterapia c'è anche l'*arrampicata*. Questa è una attività in cui ci si mette in gioco sia dal punto di vista fisico, in quanto è necessario eseguire tutte le sequenze motorie per riuscire a salire la parete rocciosa o artificiale, sia psicologico, perché concentrazione e superamento delle proprie paure sono indispensabili per la riuscita dell'impresa. Differentemente dall'escursionismo, nell'arrampicata il paziente si concentra maggiormente sul ogni suo singolo segmento corporeo alla ricerca di stabilità e di quell'equilibrio che lo terranno aderente alla parete. Cercherà di sfruttare al meglio le proprie capacità fisiche (potenza, agilità, resistenza) e psicologiche, come il superamento di molte paure che spesso risultano paralizzanti nella vita quotidiana.

Altra attività praticabile è senza dubbio la *speleologia orizzontale*, ovvero l'escursione in ambiente ipogeo. Per i pazienti psichiatrici affrontare un ambiente angusto e senza sbocchi come una grotta, può essere altamente destabilizzante, perché si trovano di fronte a una delle loro più grandi paure, ossia quella di rimanere intrappolati, chiusi dentro, senza una via d'uscita. L'operatore deve essere quindi particolarmente abile sia nello scegliere i pazienti adatti a tale attività sia nell'aiutare maggiormente coloro che presentano più difficoltà. Questa tecnica risulta pertanto sconsigliata a pazienti che soffrono di attacchi di panico, in quanto potrebbero diventare difficili da gestire e innescare reazioni a catena anche negli altri utenti o a coloro che soffrono di fobie legate agli spazi chiusi o al buio.

Vi sono alcune sezioni di Montagnaterapia che conciliano gli effetti positivi dell'ambiente montano e dell'inserimento lavorativo, facendo compiere agli stessi pazienti attività di manutenzione dei rifugi e dei sentieri, che vengono poi retribuiti con borse lavoro da parte del C.A.I.

Un'altra tecnica, utilizzata dalla Cooperativa Libbra di Marostica (VI), è quella denominata "sentieri di memoria", dove un paziente a turno si improvvisa guida e conduce gli altri sui sentieri conosciuti durante la propria infanzia, illustrando le caratteristiche del luogo servendosi dei suoi ricordi. Questa particolare tecnica agisce sulla fase rievocativa, cercando di contrastare quei disturbi della memoria che spesso sono tipici di alcune malattie psichiche, come l'amnesia dissociativa in cui il paziente non è in grado di ricordare alcuni avvenimenti della propria storia o le allomnesie (illusioni della memoria), ovvero ricordi incompleti, falsati dalla tematica affettiva o da

particolari contenuti di pensiero. Ciò risulta positivo, in quanto il paziente evoca sensazioni passate e piacevoli, lasciando ai suoi compagni la possibilità di immedesimarsi in quanto detto e di portare a loro volta ricordi simili.

Prima di entrare nel merito delle esercizi applicabili durante le sessioni di Montagnaterapia, illustro di seguito un breve elenco di suggerimenti applicabili nell'affrontare qualsiasi uscita.

- *Pianificazione dell'uscita*: organizzare il percorso, dalla partenza al ritorno a casa (località, tempi di percorrenza, dislivelli);
- *Studio del territorio*: scegliere gli itinerari (tramite libri, guide, carte topografiche, esperti locali) e valutare l'impegno richiesto (pendenza, esposizione, prossimità di creste, morfologia e situazioni mutabili);
- *Informazioni meteorologiche*: conoscere le previsioni meteo per la giornata programmata e informarsi sulle probabili evoluzioni (perturbazioni, temporali, bufere, nebbie, ecc.);
- *Fattore umano*: valutare il numero, le capacità, la disciplina, la condizione fisica e psichica, l'esperienza alpina e l'equipaggiamento delle persone che partecipano all'uscita;
- *Materiali*: preparare le attrezzature che verranno utilizzate nell'uscita (abbigliamento, zaino, bevanda, cibarie, kit di pronto soccorso, ecc.)²⁹.

3.2 ESEMPI DI ESERCIZI ED ATTIVITÀ

Vengono di seguito descritte alcune attività a forte connotazione senso-percettiva, che utilizzano e sottolineano gli aspetti attentivi e di concentrazione sulle senso-percezioni ed emozioni.

Il bosco, il sentiero, l'alpeggio, la cima di una montagna, il laghetto alpino... sono tutti ambienti che presentano una flora e una fauna molto particolari, che solitamente i pazienti non hanno la capacità di frequentare, osservare ed esplorare perché la malattia li costringe a rimanere rinchiusi ed isolati. Questo contatto rappresenta quindi un'esperienza di grande arricchimento personale. Inoltre, il corpo e le sensazioni che si provano sono la prima parte del mondo che conosciamo, quindi queste attività svolte

²⁹ P. Calzà "Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione "Sopraimille" Riva del Garda 9-11 Settembre 2005" Documenti per la salute n.25 - Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento pag. 55

nell'ambiente naturale, stimolando in modo selettivo i vari sensi, permettono ai pazienti di collegarsi al mondo in maniera oggettiva e reale.

Proporre l'utilizzo dei sensi come "gioco" permette ai pazienti di vivere le sensazioni e il mondo come realtà piacevole e non minacciosa; gli stimoli che ne derivano permettono di fare riaffiorare ricordi spesso assopiti, ma che restano una parte importante della persona³⁰.

TATTO

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

Partecipanti: Un gruppo di 8-10 persone.

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

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

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

UDITO

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

Partecipanti: Un gruppo di 8-10 persone.

Materiale: Carta e penna.

Durata: Dieci minuti, più il lavoro in gruppo.

Svolgimento: I partecipanti si siedono a terra, comodamente, chiudono gli occhi e stanno in silenzio per dieci minuti, ascoltando i suoni della natura. Poi ci si racconta le impressioni sui tipi di suoni ascoltati e la loro provenienza. È importante anche il rapporto con il silenzio, che può

³⁰ A. Bolognani, M. Floriani, D. Tacchelli "Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione "Sopraimille" Riva del Garda 9-11 Settembre 2005" Documenti per la salute n.25 - Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento pag. 64

dare piacere o essere vissuto con difficoltà.

GUSTO

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

Partecipanti: Un gruppo di 8-10 persone.

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

Durata: Trenta minuti, più il lavoro di verbalizzazione.

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

VISTA

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

Partecipanti: Un gruppo di 8-10 persone.

Materiale: Lente d'ingrandimento, cordicella.

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

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

ODORATO

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

Partecipanti: Un gruppo di 8-10 persone.

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

Durata: Trenta minuti, più il lavoro di verbalizzazione.

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

UNA MICRO ESCURSIONE

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

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

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

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

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

LA PIANTINA DEI RUMORI

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

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

Materiale: Carta e penna.

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

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

IO SONO...

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

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

Materiale: Quello reperito in natura.

Durata: Cinque minuti, più il lavoro in gruppo.

Svolgimento: Ogni partecipante cercherà nella natura un oggetto, di qualsiasi tipo. Riformato il gruppo, ognuno racconterà la storia dell'oggetto trovato, oppure mimerà qualche cosa a questo

attinente, o proverà a immedesimarsi in esso per raccontare...

SENTO LA TERRA

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

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

Materiale: Nessuno.

Durata: Cinque minuti, più la verbalizzazione di gruppo.

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

LA PISTA CIECA

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

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

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

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

Svolgimento: Il cordino viene posizionato lungo un percorso, legandolo a un albero, facendolo passare sotto un sasso, alzandolo su un ramo basso, ecc. I partecipanti, con gli occhi bendati ed in fila indiana, seguono questa pista toccando tutto ciò che trovano: alberi, sassi, foglie, muschio... Ogni sensazione tattile porta al riconoscimento dell'oggetto, ma attiva anche sensazioni emotive che poi vengono riportate in gruppo.

COSA HO SENTITO?

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

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

Materiale: Nessuno.

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

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

CERCA E RACCONTA

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

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

Materiale: Oggetti trovati in natura.

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

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

3.3 AREE DI INTERVENTO

La Montagnaterapia è indicata a tutte le tipologie di disturbo psichico, senza 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 quindi 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. La *schizofrenia*, in particolare, risulta essere una sorta di “diagnosi privilegiata” per l'inserimento nei gruppi di Montagnaterapia³¹. Ciò si può correlare a due fattori: lo schizofrenico non ha una completa coscienza del proprio corpo e non è raro che in questa patologia si presentino episodi di depersonalizzazione somatopsichica. Camminare in montagna fa sì che la fatica venga avvertita fisicamente, liberando il paziente da quella sensazione di estraneità tipica della depersonalizzazione. Altro aspetto è quello legato alle scarse capacità relazionali dello schizofrenico, accompagnate da avolizione e mancanza di progettualità. La Montagnaterapia però “costringe” il paziente ad interagire con gli altri, a pianificare il programma dell'uscita e a fare progetti per le attività future, contrastando così il suo isolamento. Un'altra diagnosi che può beneficiare della Montagnaterapia è quella dei *disturbi di personalità*, caratterizzati dalla difficoltà relazionale e da qualche problema nel rispettare le regole di convivenza. L'ambiente montano può aiutare a diventare consapevoli che il rispetto delle norme è fondamentale per la sopravvivenza stessa. Il paziente inoltre impara a

³¹ I. Gentili “La montagna e il suo potenziale riabilitativo” in Atti del convegno “Sentieri di salute: la montagna che cura” Bergamo 12-13 Novembre 2010 pag. 112

vedere gli altri come fonte di aiuto e non come un ostacolo alla propria affermazione personale.

Oltre a progetti rivolti a soggetti affetti da patologie psichiatriche, in questi anni 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 o l'attività dell'arrampicata come strumento fisiochinesiterapico per la cura della scoliosi.

3.3.1 Montagnaterapia ed Età evolutiva

Con crescente interesse oggi vengono realizzati sempre più progetti di Montagnaterapia rivolti all'età evolutiva, in particolare al recupero socio-educativo in situazioni di devianza giovanile e al trattamento di molti aspetti della clinica neuropsichiatrica.

Questo nuovo approccio terapeutico si sta rivelando un efficace strumento di intervento in età evolutiva per diversi motivi:

- il coinvolgimento totale che questo particolare approccio implica sul piano fisico, emotivo, cognitivo e relazionale e che in età evolutiva può rappresentare una chiave di svolta importante per il raggiungimento delle finalità proposte;
- un "setting" di lavoro, come quello della montagna, che offre una vasta varietà di stimoli;
- la dimensione del piccolo gruppo, che promuove uno stile collaborativo piuttosto che competitivo, favorendo allo stesso tempo la possibilità di utilizzare appieno le potenzialità relazionali della vita di gruppo;
- la relazione tra adulto di riferimento e gruppo dei pari che si realizza secondo i canoni della mediazione, realizzando così una preziosa sinergia tra Ambiente (stimolo) - Guida (mediatore) - Gruppo.
- il valore metaforico dell'esperienza che permette di trascendere il qui ed ora, realizzando un ponte reale tra esperienza particolare ed esperienza generale,

prendendo consapevolezza della relazione di unità del proprio modo di essere nei diversi contesti, riuscendo ad ipotizzare motivazioni, cause e provando a trovare strategie e soluzioni che siano validi nel particolare come nel generale;

- una metodologia di lavoro in accordo con i criteri fondamentali dell'apprendimento esperienziale.

Lo sfaccettato quadro della “vecchia” malattia ipocinetica o del più, diciamo, moderno Nature Deficit Disorder, oltre che i diversi aspetti del disagio che portano a definire le situazioni con BiES, vanno affrontate in età evolutiva con un piglio preventivo, perlomeno per evitare lo scivolamento da stati di sottosalute a malattie conclamate; la scuola diventa allora un'agenzia elettiva per promuovere quei Curricoli Speciali che tutelino un benessere fisico e psichico.

A tal proposito, l'Unità Operativa Distrettuale di Neuropsichiatria Infantile a Pomezia, in collaborazione con il Progetto Natura Umana, sta conducendo uno studio innovativo³² che, attraverso l'applicazione della Montagnaterapia e, miratamente, dell'Arrampicata Terapeutica in età evolutiva, che ha costituito un vero e proprio Curricolo Speciale per alunni preadolescenti e adolescenti con bisogni educativi speciali. Questo approccio particolare, con training su parete artificiale attrezzata ed anche con escursioni outdoor per arrampicate su falesie naturali è adatto in prima istanza per soggetti: a) con comportamenti a rischio, ed il riferimento particolare è per il bullismo; b) con facilità all'acting-out, all'Impulsività/Instabilità, e con quadri di Disturbo di Attenzione ed Iperattività (DDAI); c) con note depressive, inibizione, stima del Sé bassa, difficoltà nella costruzione di legami; d) con Disarmonia Evolutiva e Disturbi di Apprendimento Non Specifici (DANS).

³² Miletto, Magnaguagno, 2009

PARTE SECONDA

**UN PROGETTO DI MONTAGNATERAPIA CON PAZIENTI AFFETTI
DA DIABETE MELLITO**





SWEET ETNA WALKING

PREMESSA

Il diabete mellito

Il termine Diabete Mellito comprende un gruppo di malattie metaboliche caratterizzate da un elemento comune, l'aumento delle concentrazioni ematiche del glucosio (iperglicemia). L'iperglicemia cronica del diabete mellito è associata a danni a lungo termine a carico di vari organi, in particolare gli occhi, i reni, i nervi, il cuore e i vasi sanguigni.

Nella classificazione del diabete si distinguono essenzialmente due tipologie: il diabete di tipo 1 e il diabete di tipo 2. Il diabete di tipo 1 è caratterizzato da un difetto assoluto di insulina, provocato da un processo autoimmune o da altre cause che portino a una distruzione delle beta-cellule pancreatiche, le cellule che producono l'insulina. Il diabete di tipo 2, in genere, è causato soprattutto da una ridotta sensibilità dei tessuti agli effetti dell'insulina (insulinoresistenza). L'effetto biologico più caratteristico dell'insulina è quello ipoglicemizzante, che dipende dallo stimolo all'immagazzinamento e all'utilizzo del glucosio da parte dei tessuti insulino-dipendenti (in primo luogo muscoli, tessuto adiposo, fegato). Il diabete di tipo 1 rappresenta il 5-10% di tutte le forme. Questa patologia colpisce soprattutto soggetti giovani e richiede una terapia sostitutiva con insulina per tutta la vita. Il diabete di tipo 2 rappresenta la grande maggioranza dei casi del diabete e ha certamente base genetica, come testimonia l'aggregazione familiare di questa forma di diabete. Inoltre, giocano un ruolo importante fattori acquisiti, come la dieta e la sedentarietà.

Il problema principale del diabete è legato alle sue complicanze croniche. Queste rappresentano la voce prevalente in termini di costi economici della malattia e sono in buona parte responsabili anche dell'aumentata mortalità associata al diabete. Inoltre, le complicanze croniche spiegano buona parte del deterioramento della qualità della vita negli individui con diabete, con aumento della disabilità e della necessità di terapie farmacologiche complesse. Le complicanze del diabete sono classificate come micro vascolari (retinopatia,

nefropatia e neuropatia) e macrovascolari (malattia cardiovascolare [CVD], incidenti cerebrovascolari e malattia vascolare periferica)¹.

Da un punto di vista psicologico, l'insorgenza di una malattia cronica come il diabete è un evento che altera e rompe precedenti equilibri organici, psicologici e sociali, determinando una sensazione di progressiva perdita di salute e di integrità personale, che può indurre nell'individuo l'idea di diversità e di solitudine e, proprio per questo, talvolta può essere molto difficile da accettare e creare sofferenza emotiva.

Esistono numerosi dati in letteratura che indicano una stretta correlazione fra malattia diabetica e condizioni psicologiche, che a loro volta influenzano la gestione della malattia, quali ansia e depressione che sono quelle più frequentemente associate al diabete. Tale associazione è stata interpretata in due sensi: sia in senso somato-psichico (cioè il diabete può determinare la comparsa di disturbi psicologici) sia in senso psicosomatico (cioè disturbi psicologici già esistenti prima della comparsa del diabete possono avere effetti sull'equilibrio glicemico). Non raramente la depressione è secondaria, in quanto il diabete influenza molti degli aspetti che hanno una forte valenza nella vita: il cibo, la socialità, le relazioni, la sessualità, e può essere anche reattiva alla percezione di inefficacia/insuccesso nella gestione del diabete.

Effetti della Montagnaterapia nel diabete mellito

Diverse ricerche hanno dimostrato che l'attività fisica, in particolare quella svolta all'aria aperta e in ambienti naturali, deve essere considerata un importante fattore autoprotettivo della salute fisica e psicologica dei pazienti affetti da diabete, in grado di migliorare la qualità della vita e di aiutare sia nella cura che nella prevenzione dell'insorgenza di psicopatologie.

L'esercizio fisico regolare, infatti, migliora la sensibilità all'insulina e ciò comporta più bassi livelli glicemici durante e dopo l'esercizio muscolare. Inoltre, migliora il profilo lipidico e i valori di pressione sanguigna e questi effetti contribuiscono a ridurre il rischio di malattie cardiovascolari. Praticare attività fisica ha effetto inoltre sulla depressione, o comunque su condizioni di basso tono dell'umore e, soprattutto se la pratica è continuativa e con frequenza ed intensità adeguate, permette di raggiungere effetti spesso anche sovrapponibili a quelli ottenuti con la psicoterapia o attraverso la cura psicofarmacologica. Questo perché, da un punto di vista neurofisiologico, fare attività fisica induce dei cambiamenti a livello dell'asse ipotalamico-ipofisario e, soprattutto nel caso in cui l'esercizio fisico viene svolto all'aria aperta nelle belle giornate di sole, l'esposizione alla luce solare aumenta la produzione di serotonina, melatonina e di testosterone, responsabili di un migliore tono d'umore. Com'è noto, poi, l'attività fisica ha un effetto distraente dai pensieri ansiogeni, garantisce una possibilità di svago, migliora l'immagine di sé e dell'autostima. E questo non è di poco conto se consideriamo che le malattie croniche, inducendo depressione, tendono ad abbassarla. Infine, la pratica dell'esercizio fisico ha effetti positivi sulla qualità del sonno. I disturbi del sonno sono anche sintomi secondari dell'ansia e della

¹ P. Della Sega *“Nordic Walking. Benessere ed emozioni della camminata con i bastoncini”*, Ulrico Hoepli Editore, Milano 2012 pagg. 142-143

depressione, quindi incidere su queste ultime attraverso lo sport o assicurandosi di esporsi alla luce solare può indirettamente incidere anche sul sonno stesso.

In conclusione, numerosi studi hanno dimostrato che nei pazienti diabetici l'attività fisica svolta in montagna, o comunque in ambienti naturali, oltre a migliorare il tono dell'umore, incrementare il senso di autoefficacia e di padronanza, favorisce la socializzazione e, cosa molto importante, a lungo termine porta ad una diminuzione dei livelli dell'emoglobina glicata.

BENEFICIARI	Gruppi di 8-10 persone affette da DM di età compresa tra i 18 e i 50 anni
OBIETTIVO GENERALE	Migliorare l'empowerment e la qualità di vita dei beneficiari
OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> - Favorire una riduzione dell'HbA1c e degli altri parametri fisiologici connessi al DM - Agevolare l'espressione e la condivisione degli stati emotivi e della rappresentazione della malattia - Sostenere nel processo di accettazione della malattia - Intervenire a livello psicoeducativo, al fine di far acquisire un maggior grado di auto-consapevolezza rispetto alla malattia - Favorire l'assunzione di un ruolo più attivo nella gestione del DM - Favorire un aumento dell'autoefficacia (self-efficacy) e della padronanza nell'autogestione del DM - Stimolare l'adozione di strategie di coping - Aiutare a ridurre i comportamenti a rischio per la salute e a incrementare l'adozione di comportamenti salutari - Migliorare l'adesione al trattamento medico - Migliorare il tono dell'umore - Favorire la socializzazione e contrastare l'isolamento
VINCOLI	Condizioni meteorologiche per le attività outdoor.
METODOLOGIA	<p>La metodologia utilizzata prevede l'integrazione di attività escursionistiche su sentieri di lieve-media difficoltà dell'Etna e attività a valenza informativa mediante incontri con specialisti in diabetologia, e psicoeducativa e psicoterapeutica mediante sedute di gruppo secondo l'approccio dell'ACT e della Mindfulness.</p> <p>Le attività escursionistiche, che prevedono trekking di un giorno, attività sulla neve, esplorazione di grotte, ecc. mirano ad intervenire sulla riduzione sia dei livelli di glicemia (obiettivo a breve termine) sia dell'emoglobina glicata (obiettivo a lungo termine). Le attività di gruppo svolte all'aria aperta mirano inoltre a favorire un miglioramento delle condizioni di basso tono dell'umore, di elevato stress psicofisico percepito e degli stati ansiosi. Le attività <i>outdoor</i> vengono monitorate costantemente da un medico diabetologo.</p>

	<p>Gli incontri di gruppo prevedono, inoltre, dei momenti <i>indoor</i> basati sull'<i>Acceptance and Commitment Therapy</i>, che mirano a sostenere i partecipanti nel processo di accettazione della malattia, e a favorire in essi l'assunzione di un ruolo più attivo nella gestione del diabete, incrementando il tal modo il senso di efficacia e padronanza personale. Ad integrazione, gli esercizi di <i>Mindfulness</i> contribuiscono ad una maggiore espressione e accettazione degli stati emotivi disturbanti e intervengono nei casi di dolore cronico.</p>
TEMPI	<p>Il progetto ha una durata complessiva di 3 mesi e prevede 1-2 incontri settimanali di durata variabile in base all'attività prevista.</p>
RISORSE	<p>n° 1 Medico Diabetologo n° 1 Psicologo-Psicoterapeuta n° 1 Guida ambientale escursionista n° 1 Operatore del Soccorso alpino speleologico</p>
RISCHI	<p>Infortuni o crisi ipoglicemiche durante le attività outdoor. Precoce <i>drop out</i> di alcuni dei partecipanti.</p>
VERIFICA E VALUTAZIONE	<p>Colloquio propedeutico volto a rilevare la motivazione al trattamento e la presenza delle condizioni necessarie allo svolgimento dello stesso.</p> <p>Confronto esami di laboratorio pre e post intervento per la valutazione dei parametri relativi al DM, in particolare HbA1c.</p> <p>Valutazione ante e post di aspetti psicologici connessi al DM, quali: ansia, tono dell'umore, stress psicofisico percepito, qualità della vita attraverso appositi questionari costruiti <i>ad hoc</i>.</p> <p>Questionario finale di valutazione e gradimento dell'intervento.</p>

CONCLUSIONI

Dal suggestivo incontro dell'uomo 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 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.

“Credo che quella che abbiamo denominato come Montagnaterapia, possa trovare posto accanto ad altre metodiche cliniche che popolano l'affollatissima galassia delle terapie nel campo psicologico psichiatrico. Come la musicoterapia e l'hyppoterapia, solo per fare due esempi”¹.

In questo breve excursus abbiamo visto come la Montagnaterapia va oltre il campo proprio della psichiatria ed ha come soggetto la montagna vissuta in un maniera introspettiva, lontano dai disturbi e dalle dissonanze della città.

L'alpinismo come gioco e avventura, dunque, dove è possibile sperimentare serenamente il rapporto con le difficoltà, il senso del limite e le proprie paure. L'attività in montagna consente infatti al paziente di uscire dalle sue ansie, di vivere il tempo come entità che scorre, e di riaccedere a una parte del proprio mondo interiore.

La relazione con l'ambiente, inoltre, diventa un addestramento importante per attivare rapporti e relazioni, passando dalla paura del mondo esterno ed interno alla stima di sé per aver raggiunto obiettivi condivisi. Per fare questo è necessario, da parte dell'operatore di Montagnaterapia, essere “padrone del campo” ed essere disponibile ad affrontare nella pratica “avventure” nuove, già superate dentro di sé.

¹ G. Scoppola in Atti del convegno “Montagna e solidarietà: esperienze a confronto”, Pinzolo 1999

BIBLIOGRAFIA

- F. Ardito “*La Montagnaterapia*” *Espressonline* 25 Marzo 2002 su www.espressonline.kataweb.it
- A. Bolognani, M. Floriani, D. Tacchelli “*Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille”* Riva del Garda 9-11 Settembre 2005” *Documenti per la salute n.25* - Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento
- A. Brega, G. Rescaldina “*In montagna con metodo*” in Atti del convegno “*Sentieri di salute: i saperi di una montagna che aiuta*” Riva del Garda 14-15-16 Novembre 2008
- P. Calzà “*Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille”* Riva del Garda 9-11 Settembre 2005” *Documenti per la salute n.25* - Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento
- S. Carpineta “*Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille”* Riva del Garda 9-11 Settembre 2005” *Documenti per la salute n.25* - Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento
- S. Carpineta “*Montagnaterapia - ambito salute mentale*” Asiago (Vi) 9 Marzo 2007 audio registrazione da www.sopraimille.it
- N. De Toma “*Le trasformazioni del viaggio. Per una metodologia della Montagnaterapia. Un modo diverso per percorrere la montagna*” in Atti del convegno “*Montagna ambiente di benessere e cura*” Valsavarenche 3-4 Luglio 2012
- P. Della Sega “*Nordic Walking. Benessere ed emozioni della camminata con i bastoncini*”, Ulrico Hoepli Editore, Milano 2012
- Driver e Knopf, 1976; Knopf, 1983, 1987
- D. Ermini “*Pedagogia dell’esperienza in ambito montano*” in A cura di S. Carpineta “*Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille”* Riva del Garda 9-11 Settembre 2005” *Documenti per la salute n. 25* - Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento
- D. Ermini “*Montagnaterapia - ambito salute mentale*” Asiago (Vi) 9 Marzo 2007 audio registrazione da www.sopraimille.it
- S. Franchin “*Proposta per una scala di difficoltà*” intervento al seminario nazionale “*La tessitura della rete-ambito montagna e disagio*” Monte Grappa (Vi) 13-14-15 Giugno 2008 pubblicato sul sito www.montagnacheaiuta.it
- I. Gentili “*La montagna e il suo potenziale riabilitativo*” in Atti del convegno “*Sentieri di salute: la montagna che cura*” Bergamo 12-13 Novembre 2010
- U. Munzi “*Malati di mente alpinisti per guarire*” tratto da un articolo del “*Corriere della Sera*” del 26/11/92
- G. Riccardi, L. Varetti “*Multitematicità: la differenza la fa il percorso*” in Atti del convegno “*Sentieri di salute: i saperi di una montagna che aiuta*” Riva del Garda (TN) 14-15-16 Novembre 2008
- G. Saglio, C. Zola “*In su e in sé - Alpinismo e psicologia*”, Priuli&Verluccha Collana paradigma Torino 2008

A. Salsa “*Ecologia della mente: sentieri di salute*” in Atti del convegno “Sentieri di salute: i saperi di una montagna che aiuta” Riva del Garda (TN) 14-15-16 Novembre 2008

G. Scoppola in Atti del convegno “Montagna e solidarietà: esperienze a confronto”, Pinzolo 1999

G. Scoppola “*Dentro la Montagnaterapia: storia, radici, strumenti*” in A cura di S. Carpineta “Montagnaterapia e psichiatria. Contributi teorici al corso di formazione “Sopraimille” Riva del Garda 9-11 Settembre 2005” Documenti per la salute n. 25 - Casa editrice della Provincia Autonoma di Trento

G. Scoppola e Coll. “Definizione di MONTAGNATERAPIA” 2\2007 tratta dal sito www.sopraimille.it

Stiegler, C. e E. *Camminare, respirare, vivere*

R. Villi, S. Carpineta “*Sopraimille, un'avventura fuori dall'ordinario*” estratto dagli atti dell'incontro nazionale del Club Alpino Italiano “Montagna, fonte di solidarietà” Trento 16 Ottobre 2004

R. S. Ulrich, 1979

SITOGRAFIA

Associazione Terra Caura www.terracaura.com

Montagnaterapia Centro Italia www.montagnaterapia.it

Associazione Montagnaterapia Italiana Onlus www.amionlus.it

Sopra i mille www.sopraimille.it