

Università Cattolica del Sacro Cuore - Milano -

Facoltà di Psicologia

Corso di Laurea in Psicologia

**LA RIABILITAZIONE NELLA PSICOSI :  
NUOVE TEORIE E METODOLOGIE DI  
INTERVENTO**

Anno Accademico 2003 - 2004

# INDICE

<b>1. Introduzione</b>	<b>pag. 5</b>
<b>2. Il viaggiatore disincantato</b>	<b>pag. 10</b>
2. 1. Sentimenti: scoperta del nuovo e ritorno all'origine	pag. 10
2. 2. I protagonisti del viaggio: l'io e l'altro	pag. 13
2. 3. I luoghi dei viaggi: i grandi viaggi ed il microcosmo	pag. 15
2. 4. Dalla terra al paradiso	pag. 16
<b>3. Il viaggio tra antropologia e psicologia</b>	<b>pag. 19</b>
3. 1. Il simbolismo viatorio	pag. 19
3. 2. Il viaggio della coscienza	pag. 23
<b>4. Il pellegrinaggio: tra storia e simbologia</b>	<b>pag. 26</b>
4. 1. Il pellegrinaggio come viaggio	pag. 26
4. 2. La salita: un camminare simbolico	pag. 27
4. 3. La montagna e la sua energia	pag. 28
4. 4. Iniziazione della montagna	pag. 29
4. 5. La scala	pag. 30
4. 6. Un tempo da recuperare	pag. 30
<b>5. La montagna che cura</b>	<b>pag. 32</b>
5.1. La montagna, <i>rimedium</i> ai mali fisici e spirituali dell'uomo moderno	pag. 32
<b>6. Quadro clinico della schizofrenia</b>	<b>pag. 39</b>
6. 1. Cenni storici sullo sviluppo della psichiatria	pag. 39
6. 2. Caratteristiche principali delle psicosi	pag. 41
6. 3. La psicosi schizofrenica	pag. 42
6. 4. Sintomi psicopatologici della schizofrenia	pag. 47
6. 5. Esordio, status, evoluzione della malattia	pag. 50
<b>7. La riabilitazione in psichiatria</b>	<b>pag. 54</b>
7. 1. Introduzione	pag. 54

7. 2. Due concetti chiave della riabilitazione : disabilita' e cronicita'	pag. 55
7. 3. Aspetti teorici della riabilitazione	pag. 57
7. 3. 1. Modelli di Social Skills Training	pag. 58
7. 3. 2. Modello di potenziamento dei comportamenti socialmente competenti - Spivak	pag. 58
7. 3. 3. Modello di Ciompi	pag. 58
7. 3. 4. Modelli psicoeducativi (Falloon)	pag. 59
7. 3. 5. L'approccio analitico	pag. 59
7. 3. 6. L'approccio relazionale – sistemico	pag. 61
7. 3. 7. L'approccio riabilitativo psicosociale	pag. 62
7. 3. 8. L'approccio psicoeducativo	pag. 62
7. 3. 9. La strategia integrata multicontestuale	pag. 63
7. 3.10. L'approccio psicodinamico	pag. 64
7. 3.11. Il progetto riabilitativo	pag. 66
<b>8. Ambienti naturali e salute</b>	<b>pag. 69</b>
8. 1. Aspetti benefici dell'ambiente	pag. 69
8. 2. Ambienti naturali e salute: una rassegna della letteratura scientifica sullo stress	pag. 72
<b>9. La montagna nella psicologia individuale : simboli e interpretazioni</b>	<b>pag. 75</b>
9. 1. Il sentimento di inferiorita' e di superiorita'	pag. 77
9. 2. Il sentimento sociale	pag. 78
9. 3. La montagna: non solo salita	pag. 79
<b>10. L'esperienze in atto: fondazione Bosis di Bergamo e ASL Roma E</b>	<b>pag. 86</b>
10. 1. Un po' di storia	pag. 86
10. 2. La fondazione Bosis	pag. 87
10. 3. In montagna perché ?	pag. 88
10. 4 . ASL di Roma e di Rieti	pag. 91
10. 5. La dimensione della montagna	pag. 92

10. 6 . Storia di un progetto	pag. 93
10. 7 . Destinatari del progetto e metodologia usata	pag. 94
10. 8. Una prospettiva preventiva	pag. 95
10. 9. Linee guida per una montagna come “risorsa trasformativa”: sintesi del colloquio avuto con il dottor Giulio Scoppola coordinatore del progetto montagna dell’ASL RM E	pag. 96
<b>11. Conclusioni</b>	<b>pag. 99</b>
11. 1. Preparazione del gruppo	pag. 99
11. 2. Selezione del gruppo dei pazienti	pag. 100
10. 3. Valore dell’impresa	pag. 101
<b>12. Bibliografia</b>	<b>pag. 103</b>

## 1. INTRODUZIONE

La tesi che presento nasce da diversi fattori inerenti la mia vita e il mio lavoro. Sono un sacerdote della diocesi di Milano e da quindici anni lavoro con i giovani in una realtà oratoriana, prima in Melegnano e adesso nel centro della città di Milano. In questi anni ho incontrato tanti ragazzi, adolescenti e giovani. Ho seguito nel sacramento della Riconciliazione e nella pratica della direzione spirituale diversi di loro: ragazzi sani e desiderosi di crescere nel faticoso cammino della libertà ed altri un po' più problematici, incapaci di spiccare il volo perché intrappolati dalle loro stesse paure o imprigionati in relazioni "malate". Inoltre è cosa da tutti risaputa che le parrocchie, spesso, diventano ricettacolo di molte povertà umane ed esistenziali; questa è, a mio parere, una delle caratteristiche fondamentali e più belle della parrocchia: essa risulta accessibile a tutti in riferimento a quell'amore universale di Cristo che tutti accoglie e che nessuno rifiuta. Certo una comunità cristiana non può solo limitarsi ad una accoglienza generosa fondata sul buon senso, occorre che si attrezzino di quegli strumenti scientifici e dunque competenti che le scienze umane mettono a disposizione. Un giorno un giovane che frequentava l'oratorio come educatore dei ragazzi pre-adolescenti iniziò a dare qualche segnale di instabilità mentale, in breve tempo subì un "trattamento sanitario obbligatorio" (TSO) e dopo le cure necessarie e un tempo relativamente breve di terapia in una comunità, ritornò a casa e alla vita di tutti i giorni. Le cose, però, erano completamente cambiate, non solo perché il giovane era stato segnato da quella dolorosa esperienza, ma soprattutto perché il contesto cittadino non era più in grado di aiutare, supportare e "prendersi cura" di quella esistenza ferita. Infatti quel giovane, tornando a casa si rese conto di come l'effetto negativo della malattia sia stato quello di provocare intorno a lui un isolamento relazionale.

Cosa fare? Come essere promotore di una cultura che non veda nel malato psichiatrico un essere dal quale difendersi e scappare? Anche ai tempi di Gesù il malato lebbroso veniva allontanato e reietto dal contesto sociale; come si vede, la storia dell'umanità intesa come storia di paure, di pregiudizi e di emarginazione, si ripete continuamente.

A qualche anno di distanza da quell'episodio e, dopo gli studi di psicologia, mi rendo conto della verità delle intuizioni di Spivak quando intravede che lo scopo della riabilitazione psichiatrica sia quello di contrastare il cammino del paziente verso la cronicità. Spivak intende la "spirale viziosa" come quel processo di reciproca e deviante

influenza, tra il paziente e il suo ambiente, che spesso porta il soggetto a fallimenti e frustrazioni causati, appunto, da reazioni inadeguate con l'ambiente.

Da qui nasce l'idea di intraprendere gli studi di psicologia e, in modo particolare l'idea di una tesi sul tema della riabilitazione che mi permettesse, per il futuro, di avere qualche strumento in più con il quale accogliere e sostenere l'esistenza "gravosa" di questi nostri fratelli. Sarebbe bello, però, che non fosse solo il singolo prete ad occuparsi di queste nuove povertà, ma che tutta la comunità cristiana si attrezzasse di strumenti validi e fosse disponibile ad investire forze ed energie a favore di queste problematiche. Penso anche all'aiuto che un volontariato adulto e maturo possa dare alle famiglie con congiunti malati psicologicamente e che, spesso, invece, vivono nell'abbandono più assoluto. La parrocchia, se capace di uscire dai suoi standard, può avere dei vantaggi incalcolabili rispetto ad altre agenzie educative o riabilitative; infatti, il punto forte della comunità parrocchiale sta nella sua capacità di tessere relazioni trasversali e di ottenere ottimi risultati di reinserimento dei pazienti psichici nel tessuto sociale. Tutto questo grazie ad una fitta capillarizzazione di relazioni che vanno al di là del dovuto e dell'impersonale.

Un atteggiamento, infatti, che disturba la persona che soffre è il distacco e l'isolamento sociale. La tragedia di oggi è che molte persone che versano in grande bisogno e che cercano un orecchio attento, una parola di conforto, un sorriso gentile, si trovino spesso di fronte a degli operatori o tecnici riabilitativi che non vogliono "scottarsi le dita". La vera riabilitazione nasce, invece, quando c'è un interessamento personale, cioè quando il paziente diventa l'unica persona che conta, l'unica per cui si vogliono dimenticare tutti gli altri obblighi, gli appuntamenti fissati, le riunioni preparate da molto tempo, non perché non siano importanti, ma perché perdono il carattere di urgenza di fronte alla sofferenza umana.

Ritornando alla mia tesi, il problema di fondo diventava quello di trovare un argomento che potesse, in un certo modo, non essere troppo lontano dalla realtà nella quale vivo, cioè una tematica che avesse dei riscontri anche nel vissuto della parrocchia stessa.

La mia attenzione fu catturata, inizialmente, dall'aspetto riabilitativo dell'attività sportiva: la riscoperta delle proprie abilità, l'acquisizione delle regole, la stima di sé, il gioco di squadra, possono risultare come degli indici di recupero della malattia. Mi sono reso conto, però, che l'argomento era troppo riduttivo rispetto alle potenzialità della parrocchia e troppo settoriale.

Il mio interesse si focalizzò, allora, intorno al tema della montagna che cura.

Le motivazioni sono state molteplici: innanzitutto la celebrazione dell' Anno Santo del 2000. Il Giubileo mi aiutò ad analizzare e a comprendere meglio la pratica del pellegrinaggio intesa come metafora del "viaggio" dell'esistenza umana e spirituale. Il camminare verso una meta simbolica è sempre impregnato di presenza divina che purifica, guarisce e redime la vita di ogni essere.

Secondariamente, l'aver programmato per il prossimo mese di agosto un pellegrinaggio a Santiago di Compostela con il gruppo adolescenti e giovani della mia parrocchia, mi ha portato a rileggere le pagine della letteratura biblica e patristica, e della spiritualità contemporanea sul tema del cammino e del viandante.

Significative sono risultate, per la mia riflessione, le parole di Enzo Bianchi nella prefazione al libro di M. Buber : " Il cammino dell'uomo" (1990).

" L'uomo per la sua crescita e per raggiungere l'autenticità deve innanzitutto tornare a se stesso: Lekh-lekha , " andare verso un luogo" ( Gn 12, 1 ) , ma anche Lekhi-lakh, inteso come "va' verso te stesso", quindi ritrovare se stesso, raggiungere il proprio destino, risalire alla sua fonte... L'uomo deve cioè fare della sua vita un cammino, rispondendo alla domanda: "Dove sei ?" senza tentativi di nascondimento o affermazioni di impotenza. Da questa prima tappa essenziale occorre prendere coscienza che sta davanti all'uomo una via particolare, sua propria: nessun tentativo di imitazione di ciò che è già stato percorso e nessuna pretesa che la propria via escluda ad altri la loro via: non c'è una unica via, occorre invece scegliere la propria, e scegliere significa anche rinunciare. Nel mondo futuro non mi si chiederà: "Perché non sei stato Mosè?", bensì: "Perché non sei stato te stesso. [...] L'uomo è un essere diviso, contraddittorio, complicato, ma può conoscere il miracolo dell'unificazione mettendo la propria volontà in sinergia con la forza divina che giace nelle sue profondità. Solo l'uomo unificato può compiere l'opera completa e non operare rammendi. Tutte le forze devono essere implicate nell'azione, tutte le componenti dell'essere umano, tutte le sue membra, altrimenti l'uomo resta schizofrenico".

Non può certamente lasciarci indifferenti l'idea di compiere un viaggio alla ricerca della nostra vera identità e all'insegna della "nostalgia", come ritorno alle origini, capace di purificare e di guarire. Il fatto che ogni cultura ed ogni religione conoscano la pratica del pellegrinaggio ci suggerisce una grande verità: il camminare diventa una esperienza antropologica essenziale che necessita di essere purificata da tutte quelle impurità legate al materialismo del semplice camminare per aprirsi al simbolismo che rinchiude tutto il senso dell'esistenza e che aspetta soltanto di essere svelato. Dietro la figura del viandante si nasconde, paradossalmente, l'uomo che anela a trovare "fuori di sé" il significato della

propria vita e che nel contempo, impara a utilizzare le proprie energie, a misurare passo dopo passo il suo cammino per intravedere all'orizzonte la meta del rifugio tanto atteso e desiderato.

Immaginiamoci ora un malato nevrotico, affetto da un "Io" iper-strutturato, incapace di andare oltre il proprio "sentire deviato", che di fronte alle bellezze della montagna inizia a percepire di essere sì, importante, ma anche parte di un tutto che lo trascende: " Se guardo il cielo, le stelle e la luna, che cosa è l'uomo?" ( Sal. 8, ). Oppure pensiamo ad un paziente psicotico che non percepisce più il proprio corpo, che non sente più la fatica, il freddo e la fame e che inizia, aiutato dai compagni di viaggio, a centellinare le proprie forze per arrivare alla meta o a confrontarsi di nuovo con il tempo, per capire quanto resta da camminare prima che la notte avvolga il sentiero.

Penso, quindi, che la montagna possa effettivamente dare molto a queste persone patologiche, e la tesi che ho sviluppato vuole riflettere su qualche riscontro teorico che le scienze antropologiche, religiose e psicologiche possano dare circa la validità della montagnaterapia.

Un terzo motivo nasce da una esperienza diretta, quella di aver vissuto diversi campi estivi in montagna con i ragazzi. La vacanza è il momento dove l'educatore scende dal proprio piedistallo, dal proprio ruolo che spesso volte dice distanza, per assumere il ruolo del fratello maggiore che vuole camminare insieme e che è pronto ad intervenire ad ogni evenienza. Quante volte è capitato di trovarsi in un sentiero e di dover superare un masso dalla mole un po' accentuata e dire a un ragazzo: " Forza, provaci, io sono qui e ti aspetto" e vederlo, poi, riconquistare forza e coraggio per compiere il passaggio. Forse è così anche per il malato psichiatrico: egli è costretto, a causa della sua malattia, a vivere in un ambiente impersonale dove prende sempre più forza la paura del vivere, ma anche del morire ( morire nella solitudine è forse una delle cose più atroci perché disumana); l'unica fonte di guarigione, l'unica ragione per rimanere in vita si ritrova nello scoprire che c'è almeno una persona pronta ad aspettarlo. L'esperienza di un campo in montagna, il condividere le stesse fatiche o le stesse paure, il mangiare insieme, il pernottare nello stesso rifugio, creano certamente delle relazioni che vanno al di là della semplice seduta in un centro riabilitativo. Inoltre la montagna possiede una certa forza evocativa che trascende l'esperienza stessa creando nell'individuo "ferito" una forte spinta alla guarigione.

Su questi input ho iniziato e svolto il lavoro.



La mia tesi si può, sostanzialmente, dividere in quattro grandi sezioni: la prima di stampo antropologica-teologica, la seconda e la terza di carattere psicologico e la quarta sezione descrive due esperienze concrete di montagnaterapia .

La prima sezione ha lo scopo di illustrare come la montagnaterapia abbia uno sfondo antropologico e teologico: l'andar per la montagna, diventa metafora del cammino dell'uomo alla ricerca del nuovo, ma paradossalmente, è anche un viaggio nostalgico verso il ritorno alla casa del padre che ci ha generati; è il bisogno di sentirsi appartenenti a questo mondo che è da noi conosciuto, ma è anche la necessità di appartenere a qualcosa o a qualcuno da cui ci sentiamo protetti e con il quale riusciamo ad integrare la nostra esistenza spesso frammentata.

Nella seconda e terza parte analizzo alcuni contributi della psicologia che tentano di leggere gli aspetti concreti della "scalata", alla luce della terminologia psicoanalitica: senso di inferiorità e di superiorità, formazione dell'Io e percezione del proprio limite.

Nell'ultima ho descritto due esperienze dirette di montagnaterapia: quella svolta dalla Fondazione Bosis di Bergamo e quella dell'ASL di Roma e di Rieti. Nel mio lavoro di ricerca, oltre ad avere intervistato il dottor Pier Giacomo Lucchini, Presidente della Fondazione Bosis; il dottor Carlo Saffiotti, collaboratore dei servizi psichiatrici ospedalieri e territoriali della Provincia di Bergamo e Presidente della Commissione Sanità e Assistenza della Regione Lombardia; i dottori Giulio Scoppola e Paolo Di Benedetto, rispettivamente responsabili del progetto di montagnaterapia di Roma e di Rieti; il dottor Giorgio Villa, antropologo che collabora ai progetti dell'ASL del Lazio; il dottor Daniele Ribola psicoterapeuta di Lugano ed esperto della letteratura alpinistica, ho partecipato ad una uscita sul monte Terminillo con il gruppo di Roma, esperienza che ha rafforzato, ulteriormente, la mia idea di iniziare questo lavoro.

## 2. IL VIAGGIATORE DISINCANTATO

Nel mondo post-moderno, nell'era del villaggio globale, delle "navigazioni virtuali", l'uomo che prende l'aereo quasi fosse prendere il tram, è ancora un "viaggiatore"? L'immagine del *viaggiatore disincantato* sembra suggerire una conclusione decadente della parabola dell'uomo moderno, o forse dell'uomo occidentale; un uomo giunto alla fine del viaggio: non c'è più nulla da scoprire, più nulla da ritrovare.

E' proprio così? Forse. Eppure il viaggio rimane e gli uomini non smettono di sentirsi interpellati e attratti dal desiderio di mettersi in viaggio. Perché? Cerchiamo di cogliere alcune dimensioni di questa condizione di pellegrino e viaggiatore.

### 2.1. SENTIMENTI: SCOPERTA DEL NUOVO E RITORNO ALL'ORIGINE

Ci sono due moti interiori ( Leed, 1992 ) che sostengono il viaggio, due motivazioni apparentemente contrarie ed effettivamente diverse, ma che spesso si incontrano e si confondono.

Da una parte il viaggio sembra cominciare come ricerca del nuovo, come scoperta del mondo. Il mito della *scoperta* è all'origine dell'uomo moderno. Un richiamo suggestivo ed evidente del mito della scoperta è la conquista dell'America, del nuovo mondo, ma le radici di questo capovolgimento risalgono all'abbandono del sistema tolemaico, alla rivoluzione galileiana, dove il mondo conosciuto non è più il riferimento e il centro di misurazione. Precedentemente, infatti, l'uomo occidentale, l'uomo medievale e prima ancora l'uomo antico, pensavano che il mondo coincidesse con i confini del proprio mondo. La scoperta dell'America introduce la percezione che il mondo sconosciuto sia più grande del mondo conosciuto e dunque incomincia qui l'idea del viaggio come scoperta dell'inedito, del nuovo mondo. Se, dal punto di vista dell'immaginario dell'uomo viaggiatore, il '600 è l'inizio del mondo moderno e dei suoi viaggi, potremmo dire quasi che il '700-'800 sia il momento in cui si istituzionalizza l'uomo come viaggiatore: è il tempo dei grandi viaggi, delle grandi esplorazioni, delle mappature scientifiche, dei mondi che vengono piano piano scoperti, conosciuti, classificati, colonizzati. L'epilogo di questa parabola dell'uomo moderno che viaggia alla ricerca di nuovi mondi e l'epilogo in termini spaziali sono i viaggi sulla luna: l'uomo spinge il proprio orizzonte ai confini dell'universo.

Ma proprio qui, quando sembra esporsi all'infinito, il viaggio dell'uomo sembra finire: non c'è più nulla di nuovo da scoprire.

Certo, si continua a viaggiare, ma il viaggio non è più la scoperta del nuovo; sembra rimanere solo il lato turistico del viaggio: la componente consumistica, la voracità di consumazione delle esperienze e la loro leggerezza; si torna nei mondi "scoperti", anzi, si deve tornare al più presto nei mondi "scoperti", prima che diventino già vecchi, prima che perdano quel senso dell'inedito che ancora possono evocare. Si viaggia nel deserto, nella foresta e alla ricerca di luoghi incontaminati prima che arrivi la civiltà a renderli già vecchi, a spogliarli della loro genuinità. Il viaggio è finito e non c'è nulla di nuovo, nessun nuovo mondo si profila all'orizzonte.

Per non dire della novità introdotta dalla globalizzazione e dalle nuove tecniche informatiche: il viaggio diventa "virtuale", e tutto può essere visto stando fermi: si "naviga" - tramite internet - certo, ma è ancora un navigare, un prendere il largo solcando mari e varcando confini?

Il secondo sentimento, opposto al primo, è quello che pensa al viaggio come ad un *ritorno*. Di per sé l'interpretazione del viaggio come ritorno, è già propria del mondo antico e quindi precedente al viaggio come scoperta tipica dell'uomo moderno. Possiamo qui pensare ad Ulisse: Ulisse è sempre in viaggio, ma perché è sempre alla ricerca di una possibile via per il ritorno a casa, al luogo da cui è partito. La partenza, per i Greci e per gli antichi, non è tanto spinta dalla curiosità, dal desiderio della scoperta del nuovo quanto prodotta da una necessità, anzi da una costrizione, una *anànche*; certo poi proprio il fatto di essere dovuti partire, la necessità del partire, fanno provare l'intensa nostalgia di casa, fanno sentire il fascino della ricerca della propria origine. La "nostalgia" ( Prete, 1993 ) - "nostos" (ritorno) e "algos" (dolore) - è il sentimento che domina il viaggio come ritorno: il viaggiatore è un uomo in *esilio*, la vita stessa è intesa come un esilio e per questo il desiderio del ritorno è velato di una nostalgia inconsolabile. Questo tema attraversa l'intera cultura occidentale: dagli studi fisiologici di Johannes Hofer (1688) sulla malattia che colpiva i soldati svizzeri esiliati in guarnigioni lontane dai loro villaggi alpestri, alle riflessioni della letteratura romantica sull'esilio, fino agli approfondimenti psicoanalitici: l'esilio è all'inizio della stessa vita, come distacco dalla madre, e il ritorno diventa l'inconscio desiderio di un ritrovamento della condizione uterina di fusione con la madre.

Certo questa dimensione del viaggio come ritorno, è una dimensione più tormentata, meno euforica di quella della scoperta; questo viaggio assomiglia un poco ad una *purificazione*: il viaggio cambia l'uomo, lo rende più vero, più umile, più saggio, e queste

sono condizioni per tornare, atteggiamenti che rendono il viaggio utile e necessario per ritrovare l'origine. Condizione di questo ritorno, è che l'uomo cambi, è che l'uomo ritrovi se stesso e, dunque si purifichi. Questa interpretazione del viaggio come ritorno all'origine, come ritrovamento dell'origine, inteso cioè come purificazione, ha trovato un'interpretazione teologica e spirituale nel Medio Evo, nella figura del pellegrino; il pellegrino che si mette in viaggio verso i luoghi santi, perché nei luoghi santi cerca quella verità che per il suo peccato aveva perduto: è un ritorno all'origine, è un ritorno a se stessi, è un ritrovamento di se stessi e di Dio nella purificazione di un viaggio che rinnova. La ragione che sta all'origine del viaggio, del pellegrinaggio è di natura spirituale. Il pellegrino intende purificare la sua vita dal male, dalla malattia del corpo e dello spirito e il viaggio diventa cammino liberatorio, "l'arduo cammino" come lo definisce Petrarca, simbolo dell'intera vita dell'uomo ( Cattorini, Cattaneo, 1995 ). La meta sono i luoghi santi, dove Cristo e i suoi diretti testimoni, hanno lasciato traccia di sé. Il pellegrino non è spinto da curiosità estetiche, il suo pellegrinare è cadenzato da riti che ne scandiscono la partenza, il cammino e l'arrivo. La fatica è parte integrante, non mitigata, della purificazione, la stanchezza può, però, trovare sollievo gradito in luoghi di riposo, ostelli per pellegrini, ospitalità di poveri che assume un carattere religioso.

L'uomo contemporaneo, l'uomo moderno ed insieme ormai post-moderno nasce con il fascino della scoperta del nuovo e quindi inizialmente si percepisce lontano ed estraneo dalla mistica del ritorno: egli vive per la libertà, viaggia per essere libero, cerca la libertà; la cerca come affrancamento al mondo precedente, come distacco dal mondo che sente soffocante; egli cerca nuove possibilità, nuovi orizzonti. Ma proprio l'uomo post-moderno che ha iniziato il suo viaggio come ricerca del nuovo e della libertà, all'apice di questo desiderio, sembra ritrovare il viaggio come necessità della riscoperta delle proprie origini, come qualcosa che lo costringe a fare i conti con se stesso, con la sua storia, proprio con quello che pensava di potersi lasciare alle spalle, ma che in realtà ritrova dentro di sé. Potremmo dire così: l'uomo che è partito per lasciare qualcosa di sé, in realtà la ritrova dentro di sé; dunque, il viaggio come scoperta è inevitabilmente connesso al viaggio anche come ritorno, come ritrovamento. Ma questa origine perduta diventa, alla fine, un'origine introvabile; e potremmo dire che il viaggio dell'uomo moderno giunge alla fine del viaggio nel post-moderno, che è la rinuncia all'origine, perché nel suo viaggio l'uomo è condotto al non senso, al frammento privo di un tutto, all'irraggiungibile punto di partenza, all'introvabile genesi di sé e della propria storia. È l'uomo che vive solo di frammenti, di piccole storie, di piccoli segmenti, che non hanno un inizio e che non hanno una fine. Ne

troviamo tracce in frammenti letterari che descrivono il ritorno come nostalgia impossibile e il viaggio come partenza sempre differita. Pensiamo al piccolo racconto di Kafka ( 1970 ) dal titolo “*Il ritorno*”: tornato a casa il protagonista sosta all’esterno della sua antica dimora e non sa più ritrovarsi, si sente estraneo a se stesso: “Quanto più si indugia fuori dalla porta, tanto più si diventa estranei”: ma entrare sembra impossibile, impossibile ritrovarsi.

Allora il viaggio diventa metafora del desiderio differito come suggerisce una struggente poesia di Pessoa: una valigia aperta che attende un viaggio sempre rimandato :

Non ho fatto il biglietto per la vita,  
ho sbagliato al porta del sentimento,  
non c’è stata occasione che non perdessi.  
Oggi non mi resta altro, alla vigilia del viaggio,  
con la valigia aperta che attende una sistemazione differita,  
seduto accanto alle camicie che non vi entrano,  
oggi non mi resta (a parte la scomodità di stare così seduto)  
che questa certezza:  
grandi sono i deserti e tutto è deserto.  
Grande è la vita, e non vale la pena che ci sia vita.

Faccio meglio la valigia con gli occhi del pensare a farla  
che facendola con le mani fattive (credo di dire bene).  
Accendo la sigaretta per rinviare il viaggio,  
per rinviare tutti i viaggi,  
per rinviare l’universo intero.

## **2. 2. I PROTAGONISTI DEL VIAGGIO: L’IO E L’ALTRO**

Il viaggio ci porta inesorabilmente ad una scoperta che non è solo scoperta di luoghi, ma anzitutto di persone: è *l’incontro*, l’incontro con *l’altro*, con gli altri. Questo esodo, questo incontro fuori dalle mura protette, fuori dal “noi”, dalla patria, fuori dalle città native, dalla propria casa, questo viaggio come esodo è l’atto coraggioso con cui ci si fa incontro all’altro, al diverso, allo sconosciuto. Ma è davvero così? E cosa accade quando s’incontra l’altro? Non succede forse, poi, che ogni volta l’altro (i pagani, gli indios, gli

africani.....) sia ricondotto al “sé”, sia incontrato non come *altro*, ma sia colonizzato, cioè sia piegato al proprio punto di vista? Oppure, al contrario, succede che alla fine del viaggio, proprio perché io sono andato incontro all’altro e ho perduto la mia origine, la mia casa, alla fine io non sappia più chi sono. Il diverso, lo straniero, lo sconosciuto possono essere, allora, un pericolo, quello della perdita dell’identità. Ecco che, questo incontro con l’altro, questo viaggio continuo che mi porta fuori di me, fa emergere il tema dell’identità e la necessità della difesa di sé. Il viaggio come colonizzazione, infatti, tende a riportare, anche nelle terre straniere, il proprio mondo, quasi a ricostruire un proprio mondo anche lontano da casa, per non sentirsi estranei e smarriti; allora anche il viaggio della scoperta, non necessariamente porta al nuovo, perché, anche nel nuovo, io porto quello che ero, porto la mia cultura, la mia città. Può darsi ci sia un incontro fecondo, ma è ancor più facile che non avvenga un incontro ma si tenda ad una assimilazione, ad una colonizzazione: il viaggio parte verso l’altro, ma si trasforma in un ripiegamento su di sé, sui propri passi, ricostruendo anche nell’altrove, il principio da cui sono partito. Allora è un finto viaggio: si fa finta di andare incontro all’altro, ma l’altro non esiste, non è riconosciuto come altro. Se non che, questo incontro con l’altro che non lo fa esistere, che gli ricostruisce addosso la mia identità, che lo uccide; questo incontro con l’altro, come la morte dell’altro, annullamento della diversità, alla fine diventa anche morte dell’io. Occorre che l’altro diventi un “*tu*”: un “*tu*” con cui è possibile una relazione senza che si annulli la differenza, la giusta distanza. Soltanto se l’altro diventa un “*tu*”, io posso restare “*io*” e addirittura fare la scoperta che io senza l’altro non sarei, quindi, sono io se l’altro mi riconosce o mi colonizza. Forse questo è il senso del viaggio: uscire da sé per potersi ritrovare nell’incontro con il tu.

La fine della parabola del viaggio dell’uomo moderno, la dispersione dell’identità nella frammentarietà del villaggio globale, porta con sé un movimento contrario alla chiusura nel particolare, ad un particolarismo, regionalismo, che tendenzialmente rifiuta l’altro: lo ferma stabilendo rigidi confini, lo percepisce sempre come un pericolo. Questo tipo di ritorno è, peraltro, impossibile. Oggi non devo più viaggiare per trovare l’altro e non posso neppure stare fermo per difendermi dall’altro, perché l’altro, il diverso, lo straniero è già dentro il mio mondo. Ecco, potremmo dire che oggi c’è quasi un viaggio rovesciato: il mondo moderno, il mondo occidentale, non è più il mondo che conquista, che cerca, che scopre, ma è l’oggetto di una conquista, di una ricerca, di un viaggio di stranieri che invadono il nostro mondo; ed è, dunque, impossibile sfuggire all’incontro con la diversità. Viaggio paradossale, viaggio rovescio, viaggio subito dagli altri, dall’altro che

viene dentro di me e da cui non posso sfuggire. Scontro necessario, forse anche situazione benedetta che ci porta a sprovvincializzarci, perché nessuno vive solo con sé e neppure con il noi che si oppone agli altri. Si deve dunque viaggiare per diventare capaci in qualche modo di incontro, per lasciarci incontrare.

### **2.3. I LUOGHI DEI VIAGGI: I GRANDI VIAGGI ED IL MICROCOSMO.**

Dove avviene il viaggio? Dove ci conduce? Il viaggio conosce le metafore del “fuori” e del “dentro”, dei *grandi* e dei *piccoli mondi*. Potremmo dire così: il viaggio è vagabondare fuori in cerca di nuovi spazi, è come scorrazzare per orizzonti sterminati “o”, ma insieme “e”, “anche”, penetrare in piccoli mondi sconosciuti che si nascondono “dentro”. “Dentro” e “fuori” sono, in realtà, segnati da un confine molto fragile, necessario da oltrepassare; più che un confine è una *soglia*, che delimita, ma insieme, comunica, relaziona. Soglia che non separa, soglia necessaria perché nel delimitare relazione, mette in comunicazione i mondi che sono dentro e quelli che sono fuori agevolando, così, il confronto e lo scambio. La soglia permette la partenza e il ritorno, l’esodo e il ritrovamento: questo “dentro” e questo “fuori” sono limiti per poter uscire e per poter entrare. Il viaggio da una parte, allora, avviene “fuori”, porta fuori, conduce fuori, spinge a navigare lungo lo spazio, conduce all’esterno da sé, perché solo fuori si percepisce la libertà, l’aria, il nuovo, l’inedito, lo spazio infinito. Ma ogni volta, questo andar fuori non fa che rimandare a quell’altro mondo, altrettanto infinito, che è “dentro” a ciascuno di noi. C’è un viaggio esteriore, un viaggio nello spazio, ma c’è anche un viaggio interiore, che è il viaggio spirituale, il viaggio *dell’anima* e *nell’anima*.

Sintomatico della relazione tra il viaggio alla scoperta di nuovi mondi e il viaggio interiore è il viaggio estetico; l’incontro con l’opera d’arte evoca mondi interiori, esperienze soggettive. La “*sindrome di Stendhal*” ne è una suggestiva espressione: “Fu soprattutto Stendhal, infatti, a descrivere le proprie emozioni e sentimenti di fronte ad espressioni estetiche che spesso implicano spaesamento, sconforto e sofferenza”( Cattorini, Cattaneo, 1989 ). Il viaggio dell’anima e nell’anima evoca paesaggi introspettivi e relazioni originarie scandagliate dall’analisi psicoanalitica, come afferma anche M. Oleine: “l’attrazione al conoscere è dovuta allo stupore provato dal bambino di fronte alla bellezza del corpo materno, del quale tuttavia gli sfugge il significato” ( Cattorini, Cattaneo, 1989 ).

Lo sguardo è attratto e insieme si perde nella bellezza e nell'enigma del mondo, nella ricerca di una relazione che permetta di ritrovare l'enigma che è dentro di sé.

Conosce davvero lo spazio fuori di sé, l'altro di fronte a sé, il tu davanti a me, soltanto chi non sta semplicemente sfuggendo da sé, ma piuttosto chi conosce anche il silenzio e l'interiorità. E' capace di uscire nell'esodo liberante fuori da sé l'uomo che ha scoperto l'abisso del proprio cuore e lì si è non soltanto perduto, ma si è ritrovato; forse solo lì, in quel punto centrale di sé, della propria libertà, del proprio diventare capaci di incontro, nel proprio cuore, conosciamo, scopriamo, accogliamo ciò che sta fuori di noi. Ritorna in mente Agostino: "Ti cercavo fuori di me, ma Tu eri dentro di me, e soltanto quando sono rientrato in me, ho potuto scoprire, conoscere, incontrare, ciò che prima cercavo fuori." "Tardi ti ho amato, Bellezza tanto antica e tanto nuova; tardi ti ho amato! Tu eri dentro di me, e io stavo fuori, ti cercavo qui, gettandomi, deforme, sulle belle forme delle tue creature. Tu eri con me, ma io non ero con te. Mi tenevano lontano da te le creature che, se non esistessero in te, non esisterebbero per niente. Tu mi hai chiamato, il tuo grido ha vinto la mia sordità; hai brillato, e la tua luce ha vinto la mia cecità; hai diffuso il tuo profumo, e io l'ho respirato, ed ora anelo a te; ti ho gustato ed ora ho fame e sete di te; mi hai toccato, e ora ardo dal desiderio della tua pace" ( Confessioni, X, 27).

#### **2. 4. DALLA TERRA AL PARADISO**

Siamo, così, all'ultima possibile parabola interpretativa del viaggio: quella più propriamente spirituale e addirittura teologico-biblica. Ovviamente, questo punto non è separabile dagli altri, non è un'altra cosa: questa dimensione del viaggio, inteso come viaggio spirituale, non è un "*altro*" viaggio; si ritrova fortemente connesso con tutti gli altri viaggi ma insieme ha una sua particolarità. Come poterla leggere? La parabola del viaggio come viaggio spirituale, come pellegrinaggio, conosce anch'esso queste dimensioni: l'esodo e la partenza, la strada e il viaggio, l'arrivo e il compimento.

Il viaggio deve essere letto come esodo, come partenza, come uscita. Uscita, nel suo senso spirituale, significa presa di distanza da una condizione di inautenticità, bisogno di un pellegrinaggio purificante che liberi l'uomo, che lo renda finalmente capace di libertà, capace di amore, capace di relazione con Dio, capace di Dio. L'esodo, in fondo, è la prima grande parola biblica intorno alla vicenda del rapporto tra Dio e l'uomo ed esattamente la parola su un viaggio, su un grande viaggio, il viaggio di un popolo liberato. Di questo



viaggio e di questo esodo, il primo passo non è nelle mani dell'uomo. È Dio che compie il primo passo: egli libera il suo popolo e lo mette in viaggio. Il viaggio è una grazia, è scoprirsi portati in braccio dal Signore. L'esperienza della partenza è allora momento euforico, stato di grazia, decisione liberante di mettersi in cammino. Ma questo è solo l'inizio del viaggio.

Infatti, questo viaggio è un viaggio che conduce l'uomo a scoprire la profondità di sé ed anche il dramma della propria libertà: il popolo si credeva libero, si pensava capace di libertà, ma appena comincia il viaggio, appena dopo la partenza, appena dopo l'epopea della liberazione nel deserto l'uomo scopre la *fatica della libertà*; e dunque c'è qui tutto il tema del pellegrinaggio, del viaggio esteriore che diventa viaggio interiore. Il pellegrino, il credente israelita, liberato dalla schiavitù esterna, scopre che c'è un male che porta dentro di sé e che da quello Dio deve liberarlo: questo male, alla radice coincide con l'incapacità di fidarsi, con la paura della morte e con l'incapacità di amare. Questo è il viaggio più profondo. Il primo, operato da Dio come liberazione, era soltanto l'inizio di un altro viaggio, molto più lungo, che durerà 40 anni, che segnerà cioè l'intera vita del popolo. D'altra parte non era possibile incominciare questo viaggio interiore se Dio non avesse in qualche modo aperto gli orizzonti con il suo atto liberatore, con l'atto con il quale Egli fece uscire il popolo dalla condizione di schiavitù e lo mise in condizione di libertà, dunque il viaggio esteriore, la partenza per un nuovo mondo, l'entusiasmo rapito, lo stato di grazia dell'inizio, erano necessari per cominciare quel viaggio più profondo e più difficile, che è il viaggio interiore, il viaggio verso la libertà come condizione spirituale dell'uomo; libertà non soltanto come condizione sociologica, condizione spirituale non solo ricevuta, ma anche fortemente voluta con tutte le proprie forze.

Partenza, viaggio ed infine *meta*. La meta è la terra promessa, la meta è un luogo di comunione possibile tra gli uomini e con Dio. In questo senso la meta era anche all'inizio: il viaggio come scoperta del nuovo e come ritrovamento dell'origine coincidono. Cos'è infatti la meta? La meta è ciò da cui siamo partiti, origine che ci precede, che ci appartiene, ma, insieme è anche ciò che dobbiamo ogni volta ritrovare, è la meta verso cui andare, che poi è quella che ci definisce. E' una comunione originaria che ci precede, è quell'amore che ci ha generato, quell'amore umano ed insieme divino che ci ha generato e senza la cui promessa sarebbe impossibile sperare; ma insieme è condizione che non è data una volta per sempre (metamorfosi); è condizione posta all'inizio come promessa, ma che, poi, l'uomo deve ogni volta ritrovare, riconquistare, ritornare a scoprire come meta futura, come esito ultimo del suo viaggio, come compimento. E' quella terra, quella casa, quel banchetto,

dove finalmente gli uomini possono celebrare la gioia della comunione tra di loro e con Dio, dove ritrovare il senso autentico di questa terra, della comunione parziale e fragile che hanno conosciuto lungo il viaggio su questa terra.

Una rilettura singolare del tema teologico del viaggio, che riprende quella dell'esodo e la porta a compimento è data, per il credente cristiano, dalla figura di Gesù: la sua stessa vita la potremmo vedere come un grande viaggio. L'intera vicenda di Gesù è un grande viaggio: esso prende inizio all'origine stessa del tempo; la partenza è l'uscita da Dio, come identità stessa di Dio, che si rivela come cura amorevole per l'uomo, che rivela la sua divinità non come prerogativa gelosamente custodita: "Cristo Gesù, pur essendo di natura divina, non considerò un tesoro geloso la sua uguaglianza con Dio, ma spogliò se stesso" ( Fil2, 6-7a ), è il grande viaggio di Dio che esce dal cielo, cioè dalla divinità intesa come qualcosa che riposa in se stessa, paga di sé, e non invece aperta all'uomo; Dio esce, e Gesù è la proclamazione di una nuova immagine di Dio, di un Dio in viaggio, che viene verso l'uomo, che si avvicina, di un Dio che non se ne sta per i fatti suoi. Dunque Dio si mette in viaggio, esce da sé e si fa uomo e questo viaggio di Dio diventa viaggio concreto che attraversa le strade dell'uomo, le strade della Palestina. Dio sceglie un luogo concreto, una storia, un popolo, un tempo. Il viaggio di Gesù riprende il viaggio stesso del popolo ebreo, ed egli come un pellegrino interpreta il suo ministero come cammino verso Gerusalemme; ma questo pellegrinaggio verso la città della comunione con Dio, passa attraverso la crisi, la prova: è viaggio verso la morte, verso, cioè, quell'ultimo luogo di lontananza, quel confine estremo dove l'uomo si perde, dove l'uomo perde la possibilità di sperare, di credere, di amare, di ritrovare Dio. Anche lì Dio viaggia, perché l'uomo non si perda, perché l'uomo possa ritrovare la strada. E' proprio nell'entrare nel mistero del male, nel viaggiare attraverso la morte custodendo l'immagine buona di Dio che vuole il bene degli uomini, interpretando la morte stessa come atto definitivo della sua cura per gli uomini, che il Dio dei cristiani apre la strada per quella comunione più forte della morte, per quella vita nuova che porta a compimento la vita dell'uomo. Potremmo dire che Gesù apra la strada perché il viaggio degli uomini torni ad essere possibile: sia ancora possibile viaggiare verso una terra nuova, un'umanità nuova e un ritrovamento di sé.

### 3. IL VIAGGIO TRA ANTROPOLOGIA E PSICOLOGIA

#### 3.1. IL SIMBOLISMO VIATORIO

Il termine “viaggio”, secondo il dizionario Zingarelli ( ed. 1983 ) significa “l’andare da un luogo ad un altro”, cioè il muoversi da un punto che possiamo definire origine ad un altro che costituisce la meta. Il concetto, che ha una doppia valenza spaziale e temporale, si presta bene a rappresentare lo svolgersi della vita dalla nascita ( origine ) alla morte ( conclusione ) e può essere assunto come allegoria dell’essere.

Anche nel linguaggio comune la parola “viaggio” assume moltissimi significati, sia figurati che letterali. Basti pensare al “cammino esperienziale e concettuale”, agli “itinerari formativi”, ai “sentieri iniziatici”, al “percorso dell’esistenza”, al “decorso della malattia”. Non bisogna poi dimenticare che il viaggio, in quanto simbolo, è un’esperienza singolare, che costituisce un *trait d’union* tra spazio e tempo, tra passato e futuro, tra causa ed effetto, tra soggetto e mondo.

Anche la letteratura viatoria presenta, per la lettura simbolica del viaggio, due aspetti: il “travel literature” (resoconto vero e proprio) e l’ “imaginary voyage” ( prospettiva fantastica ).

Nel primo rientra un’infinità di pubblicazioni ( guide, riviste, manuali ); nel secondo racconti di viaggi fantastici ( per esempio l’“Odissea” di Omero ) e, recentemente, racconti fantascientifici ( per es. “Odissea nello spazio” ). Anche nelle principali religioni il “viaggio” assume un’importanza particolare e, come nella leggenda, acquista valore il suo significato simbolico. Il viaggio a Benares del Buddha, l’ingresso di Gesù a Gerusalemme, l’Egira di Maometto ne sono tre tipici esempi.

Processioni, cortei, pellegrinaggi che si sono svolti, con varie modalità, nel corso dei secoli, sono la dimostrazione di quanta e quale importanza abbia avuto il “viaggio” per ogni civiltà.

Ai nostri giorni possiamo parlare di turismo sacro e profano. Il primo ha come meta santuari ( Lourdes, Fatima, Compostela ); il secondo si snoda lungo le autostrade in periodi ben definiti ( fine settimana, Natale, Pasqua, ferragosto, ... ) con mete quasi obbligate nella convinzione, assai spesso illusoria, di trovare benessere, ristoro, tranquillità.

Il “viaggio” è un elemento inseparabile dalla nostra esistenza. Primo elemento necessario per intraprendere il “viaggio” è il soggetto stesso, che deve essere considerato come una persona impegnata in un processo di maturazione psichica.

Ogni “viaggio” inizia con la “partenza” e ogni viaggiatore lo affronta con spirito diverso: c’è chi parte deliberatamente, come il profeta Isaia : “ Poi udii la voce del Signore che diceva: “Chi manderò e chi andrà per noi ?”. E io risposi: “Eccomi, manda me!” ( Is. 6, 8 ), ma c’è anche l’emotivo, l’inquieto, l’insoddisfatto, oppure colui che è costretto a partire per volere degli dei, o per il precipitare degli eventi, o addirittura per un’azione violenta di qualcuno che rapisce, esilia, perseguita.

“Fu rivolta a Giona figlio di Amittai questa parola del Signore: “Alzati, v'è a Ninive la grande città e in essa proclama che la loro malizia è salita fino a me”. Giona però si mise in cammino per fuggire a Tarsis, lontano dal Signore. Scese a Giaffa, dove trovò una nave diretta a Tarsis. Pagato il prezzo del trasporto, s'imbarcò con loro per Tarsis, lontano dal Signore. [ ... ]

Ma il Signore dispose che un grosso pesce inghiottisse Giona; Giona restò nel ventre del pesce tre giorni e tre notti. Dal ventre del pesce Giona pregò il Signore suo Dio e disse:

“Nella mia angoscia ho invocato il Signore  
ed egli mi ha esaudito;  
dal profondo degli inferi ho gridato  
e tu hai ascoltato la mia voce.  
Mi hai gettato nell’abisso, nel cuore del mare  
e le correnti mi hanno circondato;  
tutti i tuoi flutti e le tue onde  
sono passati sopra di me.  
Io dicevo: sono scacciato  
lontano dai tuoi occhi;  
eppure tornerò a guardare il tuo santo tempio.  
Le acque mi hanno sommerso fino alla gola,  
l’abisso mi ha avvolto,  
l’alga si è avvinta al mio capo.  
Sono sceso alle radici dei monti,  
la terra ha chiuso le sue spranghe  
dietro a me per sempre.  
Ma tu hai fatto risalire dalla fossa la mia vita,

Signore mio Dio.

Quando in me sentivo venir meno la vita,

ho ricordato il Signore.

La mia preghiera è giunta fino a te,

fino alla tua santa dimora.

Quelli che onorano vane nullità

abbandonano il loro amore.

Ma io con voce di lode offrirò a te un sacrificio

e adempirò il voto che ho fatto;

la salvezza viene dal Signore”.

E il Signore comandò al pesce ed esso rigettò Giona sull’asciutto.

Fu rivolta a Giona una seconda volta questa parola del Signore: <sup>2</sup> “Alzati, vè a Ninive la grande città e annunzia loro quanto ti dirò”. <sup>3</sup> Giona si alzò e andò a Ninive secondo la parola del Signore. ( Giona 1, 1-3 ; 2,1 – 3, 3 )

Le diverse modalità di partenza esprimono :

lo stato psichico preesistente

le forze intrinseche che assecondano o che ostacolano il processo

la partecipazione più o meno consapevole del soggetto

La struttura della partenza è caratterizzata da diversi elementi che possono riferirsi alle esperienze personali e a luoghi, persone, valori di una situazione preesistente. Il viaggio, metaforicamente, è un percorso lineare in cui la nascita è la partenza e la morte è la meta; se invece viene interpretato esclusivamente come “simbolo”, la morte diventa situazione di partenza e condizione per una presa di distanza dalla storia per introdursi in una dimensione diversa. E’ importante capire il perché di un viaggio. Il soggetto è attratto dal desiderio o vi è obbligato? Questa domanda ci fa riflettere sul momento centrale del viaggio. Se da un punto di vista esclusivamente spaziale l’itinerario è la sostanza del viaggio, dal punto di vista simbolico non è così. Infatti, leggendo una qualsiasi descrizione di un viaggio si capisce subito che i paesi visitati e le esperienze fatte non hanno valore intrinseco, ma valgono nella misura in cui vengono vissute, affrontate, evitate.

Anche i luoghi hanno una valenza simbolica e, mediante la loro stessa forma, manifestano diversi concetti. Ad esempio, il deserto rappresenta l’aridità e la sterilità psichica; la selva è il luogo dell’inconscio (“in cui pulsa un’intensa vita animale e vegetale”); il mare è

l'espressione massima della "profonda maternità delle acque" e il cielo è la dimensione stessa dello spirito.

In questi motivi simbolici si può cogliere l'essenza del nostro vivere. Conoscere le ragioni dell'inconscio non giova se l'Io non ritorna alla dimensione concreta, completandola ed arricchendola con le esperienze compiute.

Il ritorno e il successo del viaggio dipendono da diversi fattori quali le figure, i messaggi o gli eventi che hanno una funzione di guida.

Se si considera il viaggio come una rappresentazione simbolica del percorso terapeutico, le figure guida conducono a riflessioni interessanti: possono configurarsi con il ruolo dell'analista e possono evidenziare quali funzioni psichiche del paziente siano più o meno attivate.

Se dal punto di vista temporale il fine della vita è la morte, dal punto di vista esistenziale, invece, ogni analisi delle mete sottolinea che l'obiettivo del viaggio non è il punto d'arrivo, ma il compiere il percorso. In altre parole la meta del viaggio è il viaggio stesso.

Se per Itaca il tuo viaggio,  
fa voti che ti sia lunga la via,  
e colma di vicende e conoscenze.  
Non temere i Lestrigoni e i Ciclopi  
O Posidone incollerito: mai  
troverai tali mostri sulla via,  
se resta il tuo pensiero alto, e squisita  
è l'emozione che ti tocca il cuore  
e il corpo. Né Lestrigoni o Ciclopi  
né Posidone asprigno incontrerai,  
se non li rechi dentro, nel tuo cuore,  
se non li drizza il cuore innanzi a te.  
Fa voti che ti sia lunga la via.  
E siano tanti i mattini d'estate  
che ti vedano entrare ( e con gioia  
allegra ! ) in porti sconosciuti prima.  
Fa scalo negli empori dei Fenici  
per acquistare bella mercanzia,  
madrepore e coralli, ebani e ambre,

voluttuosi aromi d'ogni sorta,  
quanti più puoi voluttuosi aromi.  
Recati in molte città dell'Egitto,  
a imparare dai sapienti.  
Itaca tieni sempre nella mente.  
La tua sorte ti insegna quell'approdo.  
Ma non precipitare il tuo viaggio.  
Meglio che duri molti anni, che vecchio  
tu finalmente attracchi all'isoletta,  
ricco di quanto guadagnasti in via,  
senza aspettare che ti dia ricchezze.  
Itaca t'ha donato il bel viaggio.  
Senza di lei non ti mettevi in via.  
Nulla ha da darti più.  
E se la trovi povera, Itaca non t'ha illuso.  
Reduce così saggio,così esperto,  
avrà capito che vuol dire un'Itaca." ( Kavafis , "Itaca" )

Come non ricordare, anche, i "cavalieri erranti" ansiosi di partire anche senza una meta ?  
In tempi a noi più vicini ( anni '60 – '70 ), possiamo menzionare la "beat generation", cioè  
giovani che si mettono in viaggio senza un "dove" verso cui dirigersi, guidati dalla voglia  
di libertà e di nuove esperienze. In questo caso "vagare" è il termine più appropriato, perché  
rende bene l'idea di vago e di indefinito.

### **3.2. IL VIAGGIO DELLA COSCIENZA**

L'uomo non era ancora comparso sulla terra, eppure già esisteva il viaggio. Infatti in un  
mito messicano, " Il percorso del sole", si racconta il viaggio dell'astro solare e della luna  
che sono sul punto di rischiarare le tenebre, il buio cosmico.

La luce rappresenta la coscienza, come il buio rappresenta l'inconscio.

L'acquisizione della coscienza da parte dell'essere umano è relativamente recente; nel  
campo della psicologia è interessante rivedere la sua nascita e i vari stadi nella storia  
umana. All'inizio c'è il primitivo caos che gli gnostici chiamano "pleroma", raffigurato

dagli alchimisti come “ouroboros” e definito da E. Neumann come la “Grande Madre Originaria” ( Neumann , 1981 ).

Nei miti sulle origini del mondo è rimasta la memoria atavica del desiderio femminile di riprodursi autonomamente. Questa speranza è stata, poi, cancellata dal potere maschile che ha voluto per sè la capacità di dare e formare la vita: alla donna è stata lasciata la semplice e sola funzione di mettere a disposizione il suo grembo. Un corpo femminile che genera da sè è un’immagine mitica della preistoria. Si può pensare a Grandi Madri dalle quali tutto trae origine. Ne è esempio la babilonese Ti ‘amat, che, senza intervento maschile, dà vita a un universo che non aveva ancora un nome: “Quando nessuno aveva ancora fatto parola di un cielo lassù, e nessuno aveva ancora pensato che la terra laggiù potesse avere un nome... regnava Ti ‘amat, la divinità originaria femminile”. ( Vegetti Finzi, 1990 ).

Ti’amat è la madre degli dei, rappresenta la confusione della palude dove sono presenti e si confondono vapori infetti, acque dolci e salate; essa è in grado di generare creature mostruose e ribelli. Il suo regno si può uguagliare al caos primitivo. A lei corrisponde il “disordine”, perché nel mondo non è ancora risuonato il potere ordinatore della parola.

Secondo i seguaci di Orfeo, un’altra dea, la Notte è all’origine del mondo. Fecondata dal vento, la notte dà la vita a un immenso uovo d’argento. Da quest’uovo nasce Eros, il dio dell’amore, che porta alla luce quello che era celato nell’uovo: il mondo intero. Lo spazio concavo superiore è il cielo che, per azione di Eros, si accoppia con lo spazio inferiore, la terra, generando Oceano e Teti, la prima coppia del mondo, fratelli e insieme sposi.

La loro madre, la Notte, non aveva conosciuto la coniugalità ( Kereny, 1951 ).

La lotta, che spesso è un elemento ricorrente in molti viaggi, si inserisce anche nella concezione dell’ “ Io” di Jung. Perché possa essere in grado di portare a termine questa mansione, l’ “Io” ha a disposizione diverse energie per mezzo delle quali può conoscere, scegliere e agire. Questi tre momenti si ritroveranno più volte nel simbolismo del viaggio e caratterizzeranno due aspetti dell’ “Io” e, precisamente, la sua libertà decisionale ( libero arbitrio ) e la sua funzione etica.

All’origine la psiche, mediante una lotta, si è distinta in conscio ed inconscio e ha dato luogo all’Io, che è la nostra personalità cosciente.

Vittime di questa lotta sono stati l’Uomo Selvatico ( dimensione biologica ) e l’anima ( dimensione affettiva, creativa, relazionale ).

Per Jung le tappe di un viaggio non sono altro che momenti dell’evoluzione personale di colui che lo intraprende. La vita di ogni persona ha inizio nel buio della “totalità inconscia”



che avvolge il neonato e l'immagine di un bimbo, che nasce nel cuore della notte ( Mitra, Cristo ) ne è prettamente un simbolo.

In seguito si distinguerà la dimensione cosciente e si formerà l'Io. Basti ricordare che il bambino inizialmente parla di sè in terza persona, e solo più tardi userà il termine "io".

Per descrivere la formazione dell'Io, Jung ricorre all'allegoria delle terre emerse dal mare: dapprima sono isolotti disseminati qua e là, poi, quando le acque si ritirano, si aggregano diventando un'isola o un continente ( Jung, ed. it. 1976).

L'Io si arricchisce di energie nell'età adolescenziale. Il volersi allontanare dalla famiglia, la ribellione, l'irruenza di molti adolescenti sono elementi paragonabili alla figura dell'Eroe e alla sua rottura con la Grande Madre. Questo concetto è ripreso anche da Lacan, che intende lo sviluppo dell'Io come un allontanarsi dalla terra che ci ha generati.

La Grande Madre tende a trattenerci ( amore possessivo ) nella dimensione orizzontale, ma crescere significa assumere la posizione eretta, diventando "Homo Viator" ( titolo di un famoso libro del filosofo Gabriel Marcel ). Il camminare può essere anche visto come la "costruzione" della funzione paterna che si attua nel momento in cui si riesce, lottando psichicamente e spiritualmente, a staccarsi dal luogo d'origine ( la Grande Madre ) per avviarsi verso l'Altro.

Il grande momento dell'Io è quello dell'adolescenza e della gioventù. In questi due periodi si giunge al pieno controllo motorio sul corpo. Si acquisiscono conoscenze e abilità professionali, si raggiunge l'indipendenza economica, si affinano le capacità relazionali e si esprimono le potenzialità affettive e procreative.

Nella seconda metà della vita lo scenario psichico muta radicalmente. "Nel mezzo del cammin di nostra vita" ( all'inizio del primo canto dell'Inferno dantesco ) racchiude tutto il simbolismo di questo periodo. La coscienza acquista la dimensione di autocoscienza, cioè diventa capacità di percepire, riconoscere e approfondire la conoscenza di se stessi.

La dinamica di questi viaggi assomiglia, pertanto, ad una trasformazione che coinvolge l'Io, e che prende il nome di "processo di individuazione". Secondo Jung ( 1969 ), esso è "un processo di differenziazione che ha per meta lo sviluppo della personalità individuale". Occorre notare che, con il termine "personalità individuale" si intende, la personalità psichica nella sua totalità e non solo nella parte conscia.

Gli incontri che si possono fare in questo arco di tempo, Jung li identifica con l'Ombra, la Bestia, il Vecchio Saggio, l'Animus, la Madre, il Fanciullo; figure che rappresentano la meta o le mete del processo di sviluppo.

## **4. IL PELLEGRINAGGIO TRA STORIA E SIMBOLOGIA**

### **4.1. IL PELLEGRINAGGIO COME VIAGGIO**

Il pellegrinaggio è un modo visibile nel quale la persona, anche per mezzo di atti e di gesti, esprime i suoi sentimenti religiosi. Questo cammino, presente anche in diverse culture e religioni, è caratterizzato da molteplici elementi che sono: un percorso da fare, un luogo sacro da raggiungere, alcuni riti da compiere in diversi momenti ( prima della partenza, durante il viaggio e, a volte, anche al ritorno a casa). Il pellegrinaggio è una situazione eccezionale perché prevede un distacco dal mondo e dalle consuete abitudini, nella ricerca di “qualcosa” che superi il quotidiano e il conosciuto.

Le motivazioni che spingono una persona ad intraprendere un pellegrinaggio sono parecchie. Tra queste: la conoscenza di ambienti diversi, l’incontro con un’ “entità” che promette salvezza e l’approccio con una realtà spirituale che dia la possibilità, al ritorno, di affrontare con animo diverso la quotidianità.

Camminare a piedi nudi o avanzare a carponi rivelano un desiderio di penitenza e di purificazione. Saranno la fatica e il dolore che permetteranno, raggiunto il traguardo, di sentirsi uomini nuovi.

Per molto tempo il pellegrinaggio è stato una manifestazione spontanea, a volte individuale, più spesso di gruppo, fino al momento in cui si è giunti a calendarizzarlo e a organizzarlo intorno a mete ben precise. Roma, fin dai secoli IV e V , era ritenuta dai cristiani la città santa per eccellenza.

Se riflettiamo sull’immaginario antropologico acquista particolare importanza il pellegrinaggio della “Scala Santa”, vista non solo come “il viaggio in sè” o come “il cammino dell’uomo”, ma come desiderio della pura verticalità e necessità di allontanarsi dal quotidiano per tendere maggiormente alla divinità.

La Scala Santa, presso San Giovanni in Laterano, è un luogo di culto e di pratiche religiose nelle quali emerge un duplice aspetto del rito inteso sia come partecipazione corporea ( il salire in ginocchio ), sia, nel senso più ampio e più vero, di preghiera interiore, silenziosa, individuale.

Si credeva che la scala fosse quella della corte di giustizia del palazzo di Pilato, per la quale Cristo passò tre volte per l’interrogatorio, per la flagellazione e per l’esecuzione.

Nel Medioevo fu chiamata “Scala di Pilato” e si pensava che fosse stata portata a Roma da Gerusalemme per iniziativa di Sant’Elena al ritorno dal suo viaggio in Terrasanta (anno 326). I Romani incominciarono a percorrerla in ginocchio per devozione alla Passione di Cristo, in quanto era irriverente calpestarla con i piedi e con le scarpe. Al rito venne poi collegata un’indulgenza plenaria. La scala, per eccellenza, è il simbolo dell’ascensione, della verticalità, degli scambi tra cielo e terra e rappresenta la salita che l’uomo deve fare per giungere a Dio.

“Il luogo sacro è, dunque, quello nel quale il corpo devoto si riallaccia all’avvenimento creatore. Il dolore provocato dall’impatto delle ginocchia sul marmo diventa, per l’orante-pellegrino, riattualizzazione di una memoria che ha sacralizzato quel luogo. Il tempo è, e sarà sempre, quello del fatto originario al quale l’orante vuole ricongiungersi, riproponendone simbolicamente elementi ritenuti significativi. Credere comporta ripresentare il fatto originario eliminando la distanza nel tempo” ( Combi, Geraci, Lombardi, 1999 ).

#### **4.2. LA SALITA: UN CAMMINARE SIMBOLICO**

Origene, filosofo e teologo cristiano di Alessandria, nelle omelie sulla Genesi, definisce i termini “salire” e “scendere” osservando che non si “scende” mai in un luogo poco santo e non si può salire in un luogo “poco raccomandabile”

Esempio : la stirpe di Abramo “discese” in Egitto, mentre i figli di Israele “salirono dall’Egitto”.

Sempre a proposito di “salire” e “scendere”, Origene precisa che non si tratta di un movimento nello spazio e continua citando il profeta Michea : “Ecco, il Signore esce dalla sua dimora, scende e risalirà sulle alture del paese” ( 1, 3 ) per spiegare che l’espressione “Dio scende” significa che egli viene in aiuto all’uomo.

Punto culminante della salita è la trasfigurazione di Gesù. Pietro, Giacomo, Giovanni sul Tabor vedono la divinità di Cristo. La salita dei discepoli al “Monte della Trasfigurazione” dura sei giorni, come la creazione ( Genesi 1, 31 ), ed è proprio alla creazione che occorre rapportarsi se si vuole “uscire” dal mondo per giungere ad una dimensione spirituale.

In colui che si impegna nella salita avviene una maturazione: infatti lasciare la pianura equivale all’abbandono dell’orizzontalità a favore della verticalità.

Secondo Origene, la Scrittura è simile a una montagna da scalare, se si vuole giungere alla trasfigurazione. Cristo appare alla folla nella pianura (senso letterario), ma si trasfigura davanti a quei pochi che possono seguirlo sulle vette dell'”intelligenza” altissima e sublime. Per Origene “L'uomo perfetto e felice non muore in una valle né in una pianura, o su una collina, ma su una montagna, cioè in un luogo elevato e di difficile accesso” (Bosio, Dal Covolo, Maritano, 1999).

Secondo Gregorio di Nissa “Se saliamo lasciandoci alle spalle le tenebre terrestri, diventeremo luminosi”. (ibidem).

L'immagine della salita si può applicare a ogni ambito della nostra vita; la sua funzione è quella di proiettarci verso lo spirituale. Tutto, così, diventa viaggio, pellegrinaggio, salita: itinerari che conducono a continue novità.

### **4. 3. LA MONTAGNA E LA SUA ENERGIA**

Il lama Anagarika Govinda, nel suo libro il “Pellegrinaggio di un monaco buddista al Tibet” narra in quale modo la fantasia umana si adegui all'”anima del paesaggio”. L'altezza delle montagne tibetane è in grado di suscitare una trasformazione e di provocare addirittura un “impulso creatore” dovuto ad un momentaneo cambiamento della coscienza.

Su quelle vette il pellegrino può andare incontro a stati di trance che lo rendono insensibile alla fatica. Egli cammina “toccando appena il suolo”, si muove come un sonnambulo e ha l'impressione di essere “portato in aria”. Sempre, secondo Govinda, alcune montagne hanno una “personalità” che non deriva né dalla forma, né dalla posizione geografica, ma dal fatto di essere pervase da una “potenza divina”. Per questo, in segno di devozione, i visitatori si inginocchiano.

L'uomo dotato di spirito religioso apre la propria anima e lascia che la montagna penetri nel suo spirito, poiché solo chi è “posseduto” dal divino può partecipare alla sua natura. Perciò l'uomo devoto ha più interesse per l'ascensione spirituale che non per la scalata. La montagna è per lui un simbolo divino e, come non metterebbe il piede su un'immagine sacra, così non oserebbe calpestare la cima. Tale atteggiamento superstizioso, che risale a una mentalità primitiva, richiede una particolare attenzione. Secondo il filosofo taoista Lie-Tseu, i monti Kou-ye sono abitati da spiriti che “aspirano il vento, bevono la rugiada; il loro cuore è una sorgente profonda, il loro corpo è quello di una vergine”. Da qui nasce l'aspetto misterioso della montagna, simbolo della salita verso la vetta spirituale interiore.

“Le montagne crescono e deperiscono, respirano, palpitano di vita, attirano e raccolgono in sè le energie invisibili che le circondano ( forze racchiuse nell’aria e nell’acqua, forze elettriche e magnetiche ); creano i venti, le nubi, le piogge, le tempeste, le cascate, i fiumi. Esse danno vita a ciò che le circonda, offrono dimora e nutrimento a innumerevoli esseri. Questa è la potenza delle grandi montagne”. Da questa bellissima descrizione di Lie-Tseu comprendiamo l’influsso benefico che esercita la montagna sia per il corpo che per l’anima.

#### **4. 4. INIZIAZIONE DELLA MONTAGNA**

Gregorio di Nissa, riferendosi a Mosè, usa la locuzione “iniziazione della montagna”. Infatti il profeta del popolo ebreo che si prepara a salire sul Sinai, invita il suo popolo a purificarsi prima di accedere alla montagna. Tutto il pensiero di Gregorio è centrato sulla distinzione, fissata da Platone ne “La Repubblica”, tra due mondi : quello corporeo che, essendo materiale, può offrire solo apparenze e l’altro mondo, immateriale, che appartiene alla realtà. La salita è il passaggio dall’uno all’altro mondo, dalla materialità dell’irreale all’immaterialità del reale. Seguendo Platone, Gregorio descrive l’uomo dallo spirito ottuso e lo paragona agli animali chini sul loro foraggio; al contrario, l’uomo virtuoso indirizza lo sguardo verso l’alto.

Secondo Isaia ( cap. 60, 8 ) coloro che vivono virtuosamente “ Volano come nuvole e come colombe con i loro piccoli ”.

“Non fermarti in pianura” consiglia la Genesi ( cap.19,17 ). La pianura simboleggia il sensibile e, rimanendovi, ci si adagia in una vita mediocre.

Gerard Eschbach dirà : “L’uomo è un animale attraversato dalla verticale.... e verticale significa la crocifissione della nostra “naturale” orizzontalità... La traversata verticale si profila tra altezze ultime e ultime profondità...”

Secondo Taulero, mistico tedesco, raggiungere l’ “uomo superiore” è il risultato di una salita dell’uomo animale e dell’uomo razionale. Quando l’uomo si eleva, “lascia l’asino, cioè l’uomo animale e il servitore, cioè la ragione. Entrambi hanno svolto il loro compito di condurre l’uomo ai piedi della montagna. Ma qui debbono fermarsi”. Soltanto lo spirito potrà salire e raggiungere la vetta.

#### **4.5. LA SCALA**

Il contatto tra terra e cielo avviene per mezzo di una scala. Questa affermazione ci ricorda le scalinate dei templi e le antiche piramidi egiziane. La scala di Giacobbe è un altro chiaro esempio. Il patriarca, in viaggio verso Carran, a causa del crepuscolo, è costretto a fermarsi per trascorrere la notte. In sogno gli appare una scala che ha la base sulla terra e la cima in cielo; intorno angeli che salgono e scendono ( Gn 28, 12 ). Al risveglio Giacobbe esclama : “Certo il Signore è in questo luogo e io non lo sapevo”. Impaurito definisce quel luogo “temibile” perché “casa di Dio e porta del cielo” ( Gn. 28, 16 – 17 ).

Il tema della scala viene trattato da Giovanni Sinaita ( attorno al 650 ) nella sua opera “Scala Paradisi”. La scala ha una serie di scalini; i primi tre corrispondono a una rottura con il mondo, ventitré riguardano la vita pratica e colui che li sale acquista la semplicità, l’umiltà, il discernimento; i sedici scalini centrali portano all’armonia nei pensieri; gli ultimi gradini conducono all’unione con Dio. In cima alla scala si trova la vita angelica, che è riposo e resurrezione anticipata.

Nel corso della vita, comunque, ci saranno prove e arretramenti. Il tema della scala, con le sue diverse tappe, avrà un notevole influsso sul pensiero sia orientale che occidentale.

#### **4.6. UN TEMPO DA RECUPERARE**

La caratteristica dello scalatore, la cui meta è la conquista di un’alta cima, è quella di essere completamente assorbito “dall’istante” del tempo. Anche i ricordi dell’infanzia e dell’adolescenza, “fantasmi del passato” devono essere rimossi perché va eliminata qualsiasi distrazione.

Lo scalatore è perfettamente “uno”: corpo e anima si uniscono. Un pensiero potrebbe causare un passo falso con conseguenze inimmaginabili. Istante dopo istante, passo dopo passo, potrebbe essere lo slogan per dominare il tempo, per delineare il valore dell’istante che, diventato sintesi, non ammette punti di rottura. Questo cambiamento, che avviene mediante la scalata, non è altro che una salita “interiore” :

“ C’è però un altro modo di affrontare il problema. Tra l’illusione di possedere il tempo e la disperazione per il suo venirci meno sta un atteggiamento completamente diverso, evocato con il termine vigilare. [ ... ] Vigilare è la capacità di ritornare a prendersi il tempo necessario per avere cura della qualità non puramente clinica e commerciale della vita. Il tempo per imparare a riconoscere il significato delle nostre emozioni, impulsi, tensioni per

non rimuoverle troppo in fretta anestetizzando l'eventuale disagio che ci procurano, e rendono così sterile la profondità dell'esperienza nella quale esse potrebbero introdurci" ( Martini C.M., 1992 ).

Nel corso della scalata è necessario fermarsi nelle aree di riposo per agevolare la respirazione. La paura di ciò che non si conosce, determinata dalla brevità dell'istante, rischia di suscitare gravi apprensioni; in particolare l'angoscia, sia per la difficoltà della salita, sia per il timore di trovarsi bloccati e impossibilitati a tornare indietro.

La vita della pianura, che non è altro che la quotidianità, spesso è un rifugio facile e illusorio che impedisce il miglioramento. Si contrappone ad essa la salita che, invece, offre per il rifugio solo luoghi provvisori da abbandonare in poco tempo. Il vero scalatore non conosce letti per riposare. Se dovesse misurare le proprie forze alla partenza, opterebbe per un'ascesa in collina e non in montagna. Ma, cammin facendo, nuove energie spuntate all'istante, inattese e perciò ben accette, rincuorano l'alpinista e lo spronano a continuare. Bachelard descrive tre esperienze capaci di modificare le relazioni con il tempo e che possono impedire la salita :

“Primo: abituarsi a non riferire il proprio tempo al tempo degli altri, secondo: abituarsi a non riferire il proprio tempo al tempo delle cose e terzo: abituarsi a non riferire il proprio tempo al tempo della vita [ ... ]. Di colpo si cancella tutta l'orizzontalità piatta: il tempo non scorre più, zampilla” ( Bachelard, 1971 )

## 5. LA MONTAGNA CHE CURA

### 5. 1. LA MONTAGNA, *RIMEDIUM* AI MALI FISICI E SPIRITUALI DELL'UOMO MODERNO.

“La montagna come *rimedium* dei mali fisici e spirituali dell'uomo moderno”; ho usato intenzionalmente il termine “*rimedium*” per sottolineare la doppia valenza di questa parola: *rimedium* è un medicamento che cura, allevia un dolore, guarisce una malattia, ma è anche un antidoto in grado di neutralizzare l'azione negativa.

La montagna è stata nella modernità entrambe queste cose. Come entra la montagna nella cultura occidentale ?

Le rovine, il deserto, la terrificata potenza del vulcano, le vette delle Alpi, il mare in tempesta sono spazi cari dalla sensibilità europea. È all'interno di questa nuova sensibilità verso il mondo naturale che, nel corso del Settecento, matura la scoperta della montagna. Ricostruire la genesi di tale sensibilità significa misurarsi con alcune delle grandi trasformazioni che stanno all'origine del mondo contemporaneo.

Per comodità di analisi distinguerò quattro filoni:

- il rapporto tra l'uomo e la natura
- le modificazioni socio-economiche
- la trasformazione dei paradigmi estetici
- la valorizzazione dell'individuo e delle istanze personali

Nell'antichità e nel rinascimento ciò che sta fuori casa, sia esso deserto, mare o bosco, è sentito come pericolo. La civiltà classica è eminentemente urbana. A fronte dei *mirabilia urbis*, la campagna viene tratteggiata come il luogo della *rusticitas* e, in seguito, della barbarie.

La selva è il luogo canonico dell'avventura e della perdita, come dimostrano i poemi cavallereschi o le fiabe, il paladino Orlando e Cappuccetto Rosso. Il mare è la frontiera della scoperta e dell'incontro straordinario, della ricerca della terra *nondum cognita* e dell'affiorare dell'abisso.

La natura selvaggia è il grado più primitivo della creazione e il luogo dell'errore. Ne sa qualcosa Dante, che si smarrisce nella “selva oscura”. “*Silva*” è la traduzione latina del termine aristotelico *hyle*.



Entrambi rimandano all'idea della materia oscura e primordiale, di ciò che è intricato e negativo. Per secoli l'obiettivo del giardinaggio è consistito nel sottrarre la natura alla casualità meccanica che la governa, redimendola dall'istintualità e dalla ferocia. L'uomo tende a piegare l'ambiente alle sue esigenze per sentirsi più sicuro di potersi muovere in esso, di ridurre al minimo la gestione dell'imprevedibile.

La positività era associata al paesaggio coltivato, ai campi ondeggianti di messi, alla collina

con la vite e l'ulivo, insomma al luogo felice ritratto negli "effetti del buon governo" nel celebre affresco di Ambrogio Lorenzetti nel Palazzo Pubblico di Siena.

Tutto questo regge grosso modo fino alla metà del Settecento, quando si compie una svolta che inaugura una percezione della natura radicalmente diversa. L'*Arcadia* aveva contribuito alla diffusione della idealizzazione della vita in campagna, che costituiva un modello di innocenza e di virtù in opposizione all'artificio barocco. Anche l'illuminismo aveva sentito il bisogno di contribuire ad una visione più autentica della realtà che avrebbe favorito il corso naturale dei rapporti umani.

Si fa strada l'idea che la natura possa avere un valore non soltanto se reca l'impronta dell'uomo, ma nella sua spontaneità. Vi è connessa un'immagine della natura come vitalità, invece che come cosmo ordinato. Alla concezione meccanicistica della natura si sostituisce una rivalutazione dell'immediatezza e della creatività. È su questo sfondo che matura il "ritorno alla natura" proclamato da Rousseau, un autore-chiave nelle modificazioni della mentalità all'origine della scoperta della montagna. Lo scrittore sostiene che il vivere sociale e la cultura nel loro artificio procurano all'uomo mali e ingiustizie. Occorre scavare nella natura, penetrarne i sensi profondi recuperando suggestioni, mostrare i profondi legami che uniscono la natura e lo spirito all'Assoluto. Ecco il programma dei filosofi romantici, che della natura ci offriranno una visione dinamica e vitale:

Tutto è bene uscendo dalle mani dell'Autore delle cose, tutto degenera fra le mani dell'uomo. Egli sforza un terreno a nutrire i prodotti propri d'un altro, un albero a portare i frutti d'un altro; mescola e confonde i climi, gli elementi, le stagioni; mutila il suo cane, il suo cavallo, il suo schiavo; sconvolge tutto, altera tutto, ama le deformità, i mostri; non vuol nulla come l'ha fatto natura, neppure l'uomo; bisogna addestrarlo per sé, come un cavallo da maneggio; bisogna sformarlo a modo suo, come un albero del suo giardino. Senza di ciò, tutto andrebbe peggio ancora, e la nostra specie non vuol essere formata a mezzo. Nello stato in cui oramai le cose si trovano, un uomo, abbandonato a se stesso fin

dalla nascita, sarebbe fra gli altri il più alterato di tutti. I pregiudizi, l'autorità, la necessità, l'esempio, tutte le istituzioni sociali nelle quali ci troviamo sommersi, soffocherebbero in lui la natura e non metterebbero nulla al suo posto. Essa si troverebbe come un arboscello che il caso fa nascere in mezzo ad una strada, e che i passanti fanno perire presto, urtandolo da ogni parte e piegandolo in tutti i sensi" ( Rousseau, 1989 ).

Le stesse ragioni che un tempo spingevano a condannare la natura selvaggia, a partire dalla metà XVIII secolo ne hanno assicurato la valorizzazione estetica. Il selvatico e il barbarico, che terrorizzava l'uomo barricato entro le mura delle antiche città confortano la folla solitaria delle megalopoli.

Nel suo libro: "*Über naive und sentimentalische Dichtung*", Schiller scrive: "Presso di noi la natura è scomparsa dall'umanità". Proprio perché la nostra condizione, le nostre relazioni e i nostri costumi divergono dalla natura, noi proviamo quel sentimento di venerazione che ci è ispirato dalla sua vista, un sentimento positivo e rassicurante che era sconosciuto presso gli antichi e che forma invece uno degli elementi decisivi della sensibilità moderna. Schiller coglie il nesso tra il disagio indotto nell'uomo dall'industrializzazione del lavoro e dall'inaridimento delle coscienze e la scoperta della natura.

Si è finora preso come scontato un dato che non lo è affatto: la scoperta della montagna e la nascita dell'alpinismo avvengono in Inghilterra, cioè lontano dalle Alpi. In realtà proprio nell'avanzatissima Inghilterra risultavano più visibili che altrove le conseguenze della modernizzazione indotta dalla rivoluzione industriale. Alla fine del Settecento le torri delle miniere e le scorie di carbone stavano deturpando irreversibilmente i nobili scenari fissati da molti pittori famosi.

Anche le città registrano un complessivo peggioramento delle condizioni di vita, che lentamente rovesciano l'antico primato loro assegnato in contrapposizione alla rozzezza del contado. Tre sono le ragioni. La presenza delle industrie e la concentrazione abitativa sempre più fitta aggravano i fenomeni di inquinamento. Il famoso fumo di Londra, conseguenza del carbone ad alto contenuto di zolfo, bruciato per tutta l'età moderna, è l'emblema della nuova condizione urbana.

L'aspetto stesso della città si sta rapidamente modificando dietro la pressione dei nuovi flussi migratori. Si edificano gli immensi quartieri dormitorio, mentre nelle zone centrali la speculazione inghiotte le aree verdi e i parchi sopravvissuti. Inoltre dilagano la corruzione e il degrado.

Di qui il decollo di un diffuso sentimentalismo a base agreste, che, fuggendo le viziose Babilonie erette dal capitalismo industriale, celebra i semplici valori della vita in campagna e più tardi in montagna.

I primi paesaggi montani che si affacciano alla cultura del Settecento sono quelli britannici.

Le Alpi restano inizialmente un'esperienza elitaria, riservata alle classi più elevate.

Un tempo denigrati per la loro arretratezza, anche gli abitanti del contado vengono ora additati per la loro innocenza. Basta leggere le ispirate pagine che Rousseau dedica ne *“La Nouvelle Heloise”* ai costumi degli abitanti del Vallese:

“Avrei trascorso tutto il viaggio immerso nell'incanto del paesaggio, se il commercio della gente non me ne avesse offerto uno anche più dolce. Nella mia descrizione troverete un rapido schizzo dei loro costumi, della semplicità, della costanza d'umore, della placida tranquillità che li fa felici, sottraendoli alle pene più ancora che procurando loro piaceri. [ ... ] L'aria pura e fresca che si respira, così diversa dall'aria soffocante delle valli di Sallanche e di Servoz, le belle colture della valle, le graziose borgate che si incontrano ad ogni passo, danno nelle giornate di bel tempo l'idea di un mondo nuovo, di una specie di Paradiso terrestre, rinchiuso da una Divinità benefica nella cerchia delle montagne”.

“Sulle alte montagne dove l'aria è pura e sottile dunque, la respirazione è più agevole, il corpo è più agile, lo spirito più sereno, i piaceri meno ardenti, le passioni più moderate. Le meditazioni assumono lassù non so che carattere grande e sublime, proporzionato agli oggetti che ci colpiscono, una non so che voluttà tranquilla che non ha niente d'acre o di sensuale. Si direbbe che, alzandosi al di sopra del soggiorno degli uomini, si lascino tutti i sentimenti bassi e terrestri, e che, a mano a mano che ci si avvicina alle regioni eteree, l'anima sia toccata in parte della loro inalterabile purezza. Ci si sente gravi senza malinconia, placidi senza indolenza, contenti d'esistere e di pensare; tutti i desideri troppo intensi si smorzano; perdono quella punta acre che li rende dolorosi, non lasciano in fondo al cuore altro che una lieve e dolce emozione: in tal modo un clima felice fa che giovino alla beatitudine dell'uomo le passioni che altrove sono il suo tormento. Credo che nessuna violenta agitazione, nessuna indisposizione di vapori possa resistere a un prolungato soggiorno lassù, e mi meraviglio che salutari bagni nell'aria benefica delle montagne non siano uno dei massimi rimedi della medicina e della morale”.

Nell' *Invenzione del Monte Bianco*, Philippe Joutard ( 1993 ) interpreta l'attrazione per la montagna come un'affermazione dello spirito di conquista che segnerebbe l'età

moderna. Affinché, però, le montagne entrino a far parte della cultura europea occorre che si producano alcune fondamentali modificazioni degli atteggiamenti estetici.

La tradizione del classicismo aveva proclamato, da sempre, l'ordine, la simmetria, la proporzione e l'equilibrio. Il bello era una caratteristica delle cose, tanto che si è potuto parlare di "metafisica del bello". Le premesse per il mutamento si pongono nell'ambito della filosofia empiristico-sensitiva, che sposta l'asse del discorso dall'oggetto alle sensazioni del soggetto percipiente.

Se il cardine dell'estetica è divenuto il soggetto, allora, tutto può diventare esteticamente significativo a patto di suscitare un'emozione. Sganciata da ogni vincolo oggettivo, l'estetica può inoltrarsi nelle regioni dello smisurato, dell'informe e del mostruoso. Ritorna in gioco ai primi del Settecento la categoria del *sublime*. Con il suo appello al sentimento contro la ragione, l'idea del *sublime* si sviluppa soprattutto nell'Inghilterra. Il sublime è distinto dal bello ed è connesso alle idee di infinito e di terrore.

Tutto ciò che può destare idee di paura e di pericolo, ossia tutto ciò che è in un certo senso terribile, o che riguarda oggetti terribili è una fonte del sublime; ossia è ciò che produce la più forte emozione che l'animo sia capace di sentire.

Burke teorizza la particolare commozione che nasce dal contemplare il mare in burrasca, la tenebra notturna, i paesaggi boreali e, appunto, la selvaggia potenza dei ghiacciai e le pareti vertiginose delle montagne.

"Nel chiudere questa visione d'insieme della bellezza sorge naturale l'idea di paragonarla col sublime, e in questo paragone appare notevole il contrasto. Gli oggetti sublimi sono infatti vasti nelle loro dimensioni, e quelli belli al confronto sono piccoli; se la bellezza deve essere liscia e levigata, la grandiosità è ruvida e trascurata; la bellezza deve evitare la linea retta, ma deviare da essa insensibilmente; la grandiosità in molti casi ama la linea retta, e quando se ne allontana compie spesso una forte deviazione; la bellezza non deve essere oscura, la grandiosità deve essere tetra e tenebrosa; la bellezza deve essere leggera e delicata, la grandiosità solida e perfino massiccia. Il bello e il sublime sono davvero idee di natura diversa, essendo l'uno fondato sul piacere e l'altro sul dolore, e per quanto possano scostarsi in seguito dalla diretta natura delle loro cause, pure queste cause sono sempre distinte fra loro, distinzioni che non deve mai dimenticare chi si proponga di suscitare passioni" (Burke, 1987).

Nella Critica del Giudizio sarà Kant, in polemica con la concezione di Burke, a chiarire che la sublimità non sta nell'oggetto, ma nel soggetto che lo contempla.

“Chi vorrebbe chiamar sublimi masse montuose informi, poste l’una sull’altra in un selvaggio disordine, con le loro piramidi di ghiaccio, oppure il mare cupo e tempestoso, e altre cose di questo genere?” ( Anceschi, Manganaro, 1984 ).

Il problema si sposta oltre i confini di una estetica astratta e universale: il sublime che il soggetto sperimenta nasce dalla vittoria su un ambiente smisurato, ma anche sulle proprie paure e debolezze.

Se il Settecento aveva promosso una nuova attenzione alla natura, è solo con l’estetica del sublime che la montagna si vede riconosciuta e rispettata ufficialmente.

Detto riconoscimento è stato possibile anche grazie al miglioramento delle comunicazioni, rese più agevoli e sicure che in passato. Ma è altrettanto vero che il viaggiatore del XVIII secolo non ha quasi nulla in comune con chi attraversava l’Europa nel Medioevo e in parte dell’età moderna. Per secoli i viaggi erano avvenuti sotto il controllo di agenzie quali la Chiesa, le corporazioni, le università. Nel Settecento si fa avanti invece un viaggiatore libero, autonomo, curioso, che sarebbe stato guardato con qualche inquietudine nei secoli precedenti. La montagna è un nuovo, inatteso orizzonte che si apre davanti ad un soggetto interessato ad esperienze originali e a misurazioni scientifiche. E’ il tempo delle grandi scoperte geografiche. L’Australia fu ufficialmente scoperta da Cook solo nel 1770, cinque anni prima che una cordata si cimentasse in un tentativo alla vetta del Bianco.

A “inventare” la montagna è un soggetto nato da quella valorizzazione dell’individualità che si accompagna al sorgere dell’età moderna e che nel corso del Settecento sembra subire una singolare accelerazione. All’origine di questo processo si situano, come è noto, due elementi: gli effetti della riforma protestante e l’empirismo. La prima, eliminando dal rapporto con Dio la mediazione della Chiesa, confida solo nel libero esame della Bibbia affidato al credente. Il secondo fonda sull’ego hic et nunc le sole certezze accessibili all’uomo. In entrambi i casi l’individuo diviene il supremo arbitro, sul piano morale come su quello gnoseologico.

Confrontandosi con la grandezza della natura l’uomo si accosta a una questione decisiva per la moderna percezione di essa. Mentre si scopre parte del tutto, l’individuo romantico si rende conto della propria divisione, avverte l’insanabile ferita che lo separa e lo isola, sperimenta la condizione atomistica tipica della modernità.

Di qui l’ansia di colmare il “vuoto”, di ricostruire quel rapporto unitario, il sogno di tornare ad annullare il confine fra soggetto e oggetto.

Questa dinamica è costitutiva del rapporto tra l'uomo moderno e la natura. La passione per la montagna diviene una delle forme di questa aspirazione al ricongiungimento con il tutto, lontano dalla dissipazione di un quotidiano sempre più frammentario.

Un forte peso nella scoperta della montagna ha avuto la componente scientifica, che segna in modo caratteristico tutta la prima fase dell'alpinismo. Ma questa componente solo in apparenza è in contrasto con gli elementi mistici e irrazionali messi in gioco dal sublime: l'uomo del Settecento vuole infatti conoscere la natura.

In questo contesto la montagna si presenta davvero come uno strumento di rigenerazione spirituale.

Nei due secoli successivi l'alpinismo ha visto modificarsi profondamente i valori culturali associati alla sua pratica. Si può dire che ogni generazione è andata in montagna con motivazioni diverse.

Cosa succede nel nostro secolo? Questo modo di interpretare la montagna viene messo in disparte con l'avvento del fascismo quando la montagna diventa un fenomeno di massa. Ma ancor di più la visione settecentesca della montagna finisce irrimediabilmente intorno agli anni '70 quando dalla California arriva il "free-climbing", l'arrampicata sportiva che trova la sua radice culturale nei movimenti del '68 dove si mette al bando ogni tipo di autoritarismo. Basta con la montagna "valocratica", basta con le mitologie solenni e tempestose, basta con il ricorrere al lessico militare: "conquistare la montagna, assediare la montagna, l'attacco della via". Tutto questo viene messo in disparte e impera il principio del piacere. Arrampicare è bello, non è necessario raggiungere una meta; una volta si andava in montagna con scarponi e con attrezzatura pesante, oggi è tutto "light", ci si allena in palestra. È un atteggiamento nuovo. Si passa così dal sacrificio al desiderio. Oggi la montagna è diventata prevalentemente divertimento, del resto la società post-moderna con il suo "pensiero debole" ha segnato in qualche modo il proponimento di grandi valori, ma certo questa montagna continua ad essere "*rimedium*" ai mali fisici e spirituali dell'uomo moderno.

## **6. QUADRO CLINICO DELLA SCHIZOFRENIA**

L'esposizione del quadro clinico della schizofrenia non può prescindere da una premessa, con le caratteristiche di un excursus, su cosa è la psichiatria, come si è sviluppata e cosa sono, in particolare, le psicosi. Cercherò di affrontare questi argomenti nella prossime pagine.

### **6.1. CENNI STORICI SULLO SVILUPPO DELLA PSICHIATRIA**

La nascita della psichiatria, quale disciplina autonoma, può essere fatta risalire alla fine del '700, quando l'evoluzione sociale e il progresso delle scienze, connesso all'Illuminismo ed agli ideali della Rivoluzione francese, consentirono di superare la concezione "demonologica" dei disturbi psichici; concezione che aveva edificato un modello etico- religioso delle malattie mentali considerate espressioni di influenze divine magiche o demoniache.

Il concetto, comunque, che il malato mentale fosse in qualche modo collegato, oltre che a influenze extra-umane, divine, anche a cause naturali o ambientali, permise, sia pure in gradi diversi, a seconda del clima culturale vigente, lo sviluppo di interventi a carattere medico, filosofico, religioso o più specificatamente di tipo umanitario, caritativo, assistenziale e filantropico.

L'indirizzo medico-naturalistico nella valutazione della malattia mentale, già preannunciato dalla medicina greco-romana (da Ippocrate, IV secolo a.C. a Galeno, II secolo d.C.) e successivamente elaborato in parte, sul piano assistenziale, dai medici arabi e più nettamente dalla Scuola di Salerno (X-XI secolo, Africanus) era andato via via affermandosi dal 1400 al 1700, parallelamente allo sviluppo delle scienze naturali e al diffondersi dei principi dell'Umanesimo rinascimentale e delle filosofie ispirate al razionalismo.

L'indirizzo medico-biologico della psichiatria ebbe, comunque, la sua pietra miliare nella scoperta dell'anatomia patologica della paralisi progressiva (1822, Bayle), corroborandosi di molteplici studi dei disturbi psichici sino alla costruzione di sistemi nosologici sempre più perfezionati, da Griesinger (1817-1878: "Le malattie mentali sono

malattie cerebrali”) sino a Kraepelin (1856-1926), con la formulazione dei concetti di psicosi maniaco-depressiva e di dementia praecox (schizofrenia).

Di converso, tale indirizzo oltre a mettere in atto la scoperta e l’applicazione di sussidi preventivi e terapeutici, idonei ad agire sul supposto substrato biologico delle malattie mentali, attuò sul piano sociale la difesa della società dai comportamenti pericolosi, aggressivi o imprevedibili degli alienati, mediante il loro isolamento nei manicomi. Parallelamente si andarono pure sviluppando, a partire dalla fine dell’800 in poi, importanti correnti di pensiero, di ricerca e di prassi di origine psicologica e sociologica. La nascita della psicoanalisi ad opera di Sigmund Freud (1856-1939) costituisce un avvenimento di alta incisività, di portata rivoluzionaria, non solo per la psichiatria, ma per la medicina stessa e per la cultura in generale. Inizialmente osteggiata dalla Medicina e dalla Psichiatria allora in auge, essa, la psicoanalisi, produsse tutta una serie di importanti nozioni, teorie, modelli e tecniche applicative con il risultato che i fenomeni psicopatologici, non più considerati solo come aspetti di lesioni o disfunzioni biologiche del sistema nervoso, apparirono anche come espressioni di un mondo interiore ignorato e conflittuale, presente già ai primordi della vita infantile. La scoperta dell’inconscio (Ellenberger) puntualizzata dalla psicoanalisi, ha permesso di evidenziare, al di sotto dei sintomi psichiatrici e al di là dei fattori biologici, tutto un universo di contenuti e di movimenti affettivo-istintivi non consapevoli, repressi o tradotti in via simbolica o sostitutiva nei molteplici comportamenti dell’uomo, contribuendo non poco alla riduzione del concetto di “imprevedibilità” della follia.

Si deve sottolineare inoltre che, avendo la psicoanalisi eretto la teoria più plausibile dal punto di vista psicologico del funzionamento mentale, l’approccio, allo stato attuale, teorico-clinico ai vari disturbi psichiatrici non potrà prescindere da una visione di sintesi bio-psicodinamica.

Questo excursus sulla evoluzione della psichiatria potrebbe risultare monco se non fosse fatto qualche sommario ragguaglio rispetto ai fattori sociali e culturali riguardanti l’ambito psicopatologico e assistenziale psichiatrico. A questo proposito, giovi ricordare che tutte le situazioni in cui si verifica una difficoltà o un cambiamento nel rapporto tra individuo, società ed organizzazioni sociali possono avere influssi importanti sullo stato di salute mentale e nel corso degli ultimi sessant’anni le conoscenze socio-psichiatriche si sono enormemente ampliate.

Così si è venuto costituendo un ampio corpus dottrinario, con propri metodi e tecniche, detto Psichiatria Sociale, che costituisce quella disciplina che studia i rapporti e le



interdipendenze tra società, cultura e persona nel mantenimento della salute mentale e nella produzione di disturbi psichici.

Questa disciplina ha fornito essenziali contributi sulla socio-genesi dei comportamenti abnormi (dal suicidio alle psicosi, dalle tossicodipendenze e alcolismo alla criminalità).

## 6.2. CARATTERISTICHE PRINCIPALI DELLE PSICOSI

Introducendoci alla trattazione del quadro clinico della psicosi schizofrenica, è necessario chiarire le caratteristiche generali delle psicosi, ponendo anche una linea di distinzione tra esse ed altre diverse condizioni di sofferenza psichica, come le nevrosi.

Con la psicosi ci si riferisce a quella più grave patologia mentale, nella quale l'alterazione di molteplici funzioni psichiche, impedisce l'integrazione con la realtà oggettiva, provocando, così, un forte disagio sociale.

La psicosi comporta una globale alterazione della capacità di esaminare, comprendere e quindi giudicare il mondo nel quale il soggetto è inserito; il paziente non riesce a valutare correttamente l'improprietà dei suoi pensieri e delle sue percezioni: personalità e comportamento sono in definitiva grossolanamente disorganizzati.

Le manifestazioni fondamentali del fenomeno psicotico, che chiariscono le caratteristiche sopraccitate, sono le seguenti:

1) **il delirio**, ossia un disturbo del pensiero che consiste in convincimenti ed idee che risultano in aperta contraddizione con la realtà e che non recedono né all'evidenza né alla persuasione. Così, per esempio, uno psicotico con delirio di persecuzione, è convinto, contro ogni evidenza, che altri vogliono agire a suo danno o crede di essere vittima di un complotto.

2) **le allucinazioni**, che consistono nel vedere, udire o avere altre percezioni (tattili, olfattive, gustative, ecc.) senza che in concreto esista ciò che viene visto, udito e via dicendo, anche se il malato è convinto della realtà di quanto percepisce. Per esempio, un paziente può vedere persone o animali o figure inesistenti ed essere certo della loro presenza, oppure udire voci dentro di sé che lo lodano o che lo insultano o che gli suggeriscono di compiere determinate azioni.

**3) le dissociazioni**, consistenti nella perdita di nessi logici nel susseguirsi delle idee, cosicché il pensiero risulta assurdo o incomprensibile, slegato o frantumato. In tal modo la capacità di critica, quella di formulare adeguati giudizi sul mondo reale, la stessa consapevolezza della realtà, di se stessi e del proprio stato ne risultano alterati.

**4) le alterazioni della coscienza dell'Io**, ossia una condizione morbosa che compromette il sentimento della propria identità e dell'integrità psichica della propria persona: il paziente può giungere a non riconoscere più se stesso e sentire il proprio Io come mutato, a crederci un altro individuo ed infine, in un processo circolare, essendo l'Io compromesso, la realtà stessa diventa irriconoscibile, dal momento che essa è percepita attraverso l'Io.

Nelle psiconevrosi, invece, avviene qualcosa di essenzialmente diverso dalla psicosi: intanto, dal punto di vista clinico, esse possono essere definite come forme psichiche senza evidente causa organica, legate ad un trauma psichico, nel senso che esse possono essere considerate come risposte psicologiche, anche se abnormi, agli avvenimenti psichici interni ed esterni.

Generalmente una psiconevrosi, al contrario di una psicosi che disorganizza tutte le funzioni psichiche ed esempio massimo ne è la schizofrenia, produce soltanto una parziale compromissione della psiche: solo una parte della personalità viene colpita e il contatto con la realtà, benché il suo valore e significato possano essere alterati quantitativamente, non è qualitativamente mutato.

### **6.3. LA PSICOSI SCHIZOFRENICA**

Nell'intento di procedere all'esposizione del quadro clinico della schizofrenia, assumiamo come definizione quella tratta dal New Gould Medical Dictionary di Blakiston, poiché essendo più descrittiva che esplicativa, contiene in un certo senso un grande valore pragmatico:

“La reazione schizofrenica ha inizio spesso nell'età dell'adolescenza o durante la giovinezza; è caratterizzata da disturbi fondamentali nei rapporti con la realtà e nella formazione dei concetti, nonché da disturbi dell'affettività, del comportamento e dell'intelligenza, di intensità e di tipo variabile.”

Queste reazioni sono caratterizzate dalla tendenza a ritrarsi dalla realtà, da umore bizzarro, da disturbi imprevedibili nel corso del pensiero, da tendenze regressive fino al deterioramento e spesso anche da allucinazioni e deliri.

Uno dei problemi della schizofrenia è decifrare se si tratta di un'unica malattia con manifestazioni diverse, oppure se esistono diverse "schizofrenie". Questo problema non è a tutt'oggi completamente risolto.

Nel 1933, Kasanin, introducendo il concetto di psicosi schizo-affettiva, amplia ulteriormente il gruppo delle schizofrenie.

Successivamente il termine di schizofrenia rischia veramente di essere usato in maniera troppo "allargata" tanto da rendere difficile un confronto tra diagnosi che, se pure uguali nel nome, sottintendono realtà psicopatologiche molto diverse.

Si giunge così necessariamente a suddividere questo gruppo in due entità: la schizofrenia propriamente detta e le sindromi schizofrenosimili.

Condizione inevitabile, perché fino a quando non si conoscono esattamente l'eziologia e i meccanismi biologici e psicopatologici, non possiamo dare nessuna definizione esaustiva e definitiva di una malattia mentale, restando la clinica unico punto di riferimento.

La clinica ci dimostra che esistono due gruppi che, pur presentando somiglianze sul piano clinico, si diversificano per evoluzione, per genetica e per risposta alla terapia. Ma questa suddivisione non esaurisce il problema.

Infatti, all'interno della schizofrenia possiamo distinguere ulteriormente due entità: la cosiddetta schizofrenia positiva o tipo 1, e quella negativa o tipo 2, corrispondendo la prima, ai quadri paranoidei ed ebfreno-catatonici, la seconda, alla schizofrenia simplex e a quella difettale.

Accanto a questa problematica di natura nosografica, la schizofrenia pone anche quella di distinguere quanto questo disturbo sia un "destino" e quanto una malattia: in altri termini, quanto è da attribuire ad alterate dinamiche intrapsichiche ed interpersonali e quanto ad eventuali disturbi biologici.

Studi genetici hanno dimostrato che la schizofrenia è una malattia a substrato biologico ma, che necessita, affinché la malattia possa esplodere, di una marcata attivazione intrapsichica ed interpersonale.

Nessuna delle scoperte della ricerca biologica, infatti, ha finora smentito il fatto che la schizofrenia sia una malattia che colpisce una persona con una particolare configurazione psicologica.

Infatti, allo stato attuale, il pensiero psichiatrico è posto dinanzi al postulato della moderna psicobiologia psichiatrica, che recita nella maniera seguente:

“Eventi biologici ed eventi psicologici sono connessi in un rapporto di causalità circolare”. Nella schizofrenia è presente, più che in altre patologie, una patogenesi circolare, ove una causa genera un effetto che a sua volta può diventare causa instaurando così, se il processo è duraturo, un circolo vizioso stabilizzante dal quale difficilmente si esce.

La complessità dei dati biologici e psicologici deve indurre ad una sintesi. I dati qui sono come “perle preziose” che hanno bisogno di un filo che le tenga unite per formare una collana.

In questo caso, il filo corrisponde ad un iter metodologico che si sforza di integrare i dati provenienti dalla ricerca biologica e psicologica dando vita a quello che viene chiamato modello o teoria “Biopsicosociale”.

La psichiatria è, in fondo, una disciplina difficile anche perché afflitta più di altre da una serie di falsi problemi. Uno di questi è la supposta antitesi tra “biologico” e “psicologico” nel determinare il comportamento normale e patologico.

In realtà, il linguaggio “mentale” o “psicologico” e il linguaggio “neurale” o “biologico” corrispondono a modalità rispettivamente diverse di descrizione di medesimi fenomeni e le due modalità d’interpretazione sono strettamente collegate.

Oggi prende sempre più piede l’ipotesi di una teoria globale del cervello che permetta, appunto, di collegare la descrizione della struttura neurale con quella della funzione psicologica.

Il termine “schizofrenia” venne coniato dopo una più primitiva significazione terminologica e concettuale, quella di “demenza precoce”. Kraepelin è il primo autore che abbia tentato di strutturare questo concetto.

La sua intuizione geniale consistette nel riunire in un'unica sindrome tre forme:

- 1) la catatonia, già descritta da Kahlbaum;
- 2) l’ebefrenia, già parzialmente descritta da Hecker;
- 3) la vesania tipica, una malattia pure descrittiva da Kahlbaum e caratterizzata da allucinazioni uditive e deliri di persecuzione.

Egli, in questi quadri clinici così diversi, intravede un quadro nosologico fondamentale caratterizzato da un decadimento progressivo e infine dalla demenza.

Il criterio fondamentale, quindi, era costituito dall’evoluzione o piuttosto da quello che supponeva fosse l’esito finale, cioè la demenza.

Separando i pazienti “dementi” da quelli “sani”, egli riuscì ad individuare una serie di sintomi che ritenne caratteristici della “demenza precoce” rispetto a quelli che costituiscono la sindrome della psicosi maniaco-depressiva.

Kraepelin seppe, in sostanza, differenziare e definire come “demenza precoce” una sintomatologia costituita da allucinazioni, deliri, emotività inadeguata, diminuzione dell’attenzione, negativismo, comportamento stereotipato e decadimento progressivo, pur conservando una identità relativamente cosciente.

Distinse tre tipi, l’ebefrenico, il paranoide, il catatonico, secondo il prevalere di certi sintomi su altri.

Per suggerimento di Bleuler, vi aggiunse in seguito il tipo semplice.

Bleuler è il secondo importante psichiatra che contribuì notevolmente alla comprensione della schizofrenia.

Egli accettando la concezione nosologica fondamentale di Kraepelin, l’ampliò molto, considerando la sindrome descritta da quest’ultimo non come una forma che evolve necessariamente verso la demenza, ma come un disturbo caratterizzato principalmente da un’alterazione della capacità di associazione e da una dissociazione delle funzioni fondamentali della personalità.

Ritenne così giusto che il termine “demenza precoce” dovesse essere sostituito da quello di schizofrenia, (cioè “frattura della mente”).

Bleuler cercò di superare i limiti del sistema di Kraepelin in due modi: accettando le concezioni dinamiche di Freud, che già erano apparse nella letteratura e tentando di offrire spiegazioni dei processi formali.

Dal suo punto di vista, il meccanismo formale che è alla base di tutti gli schizofrenici, è rappresentato dal cosiddetto allentarsi delle associazioni.

Adolf Meyer, pur accettando la concezione nosologica fondamentale di Kraepelin e di Bleuler, non si accontentò più di studiare la sintomatologia della schizofrenia come si presenta allo psichiatra dopo la comparsa improvvisa dei sintomi conclamati, sottolineando l’importanza di studiare questa malattia non in “sezione trasversale”, bensì “longitudinalmente”. Così il paziente dovrebbe essere studiato sin dall’inizio della vita e si dovrebbero valutare attentamente tutti i fattori che possono aver contribuito allo sviluppo della psicosi.

La schizofrenia diventa così una “reazione schizofrenica”, una reazione agli eventi che preparano gradualmente il terreno della psicosi.

Sebbene Freud abbia dedicato praticamente tutta la sua vita allo studio delle psiconevrosi e abbia avuto un interesse solo secondario per le psicosi, il suo contributo all'intero campo delle psichiatria

è così elevato che anche il problema della psicosi ne è risultato straordinariamente arricchito.

Lo studio longitudinale del paziente, caldeggiato da Meyer, acquista pieno significato solo quanto si riconosce l'importanza dell'ansia. Freud, scoprendo il posto che l'ansia occupa nella vita umana e specialmente negli stati patologici, aprì indirettamente il campo della schizofrenia all'orientamento psicodinamico.

Nella "Interpretazione dei sogni" egli descrive molti processi che si possono applicare anche alla schizofrenia. Il contenuto simbolico e le forme arcaiche dei sogni trovano una controparte nella sintomatologia schizofrenica.

Il concetto dell'Inconscio di Freud è applicabile alla schizofrenia, non soltanto per quella mancanza di consapevolezza che accompagna molti processi della schizofrenia, ma anche paradossalmente, perché "l'incapacità di rendere inconscie le cose" è una delle caratteristiche importanti di questa psicosi.

In un articolo pubblicato nel 1896, Freud offre l'interpretazione dinamica di un caso che più tardi fu diagnosticato come "tipo paranoie della demenza precoce".

In un altro suo scritto sul narcisismo del 1914, egli fornisce maggiori dettagli sulla sua interpretazione della schizofrenia come "nevrosi narcisistica". Egli applica la teoria della libido alla schizofrenia. La libido viene ritirata dagli oggetti esterni e diretta verso l'Io, dando origine a una situazione chiamata "narcisismo".

Jung, applicando alla schizofrenia i meccanismi che Freud aveva descritto nei sogni, scrisse: "Se colui che sogna si muovesse e agisse come se fosse sveglio avremmo immediatamente il quadro clinico della demenza precoce".

Ed in effetti, una delle caratteristiche della schizofrenia è la perdita di controllo della sfera pulsionale inconscia (vedi sopramenzionata "incapacità di saper rendere inconscie le cose"), oltre che la trasformazione soggettiva della realtà (vedi delirio) ed il drammatico ritiro della comunità sociale.

## 6. 4. SINTOMI PSICOPATOLOGICI DELLA SCHIZOFRENIA

Data la complessità e la varietà dei sintomi psicopatologici, può essere utile nella descrizione clinica seguire due proposizioni fondamentali: quella di E. Bleuler e quella di K. Schneider.

E. Bleuler focalizza nella schizofrenia sintomi fondamentali e sintomi accessori; i primi sono sempre presenti, anche se non sempre in maniera evidente.

**I sintomi fondamentali** sono: la dissociazione, l'incongruità affettiva, l'ambivalenza, l'autismo.

### **La dissociazione:**

è il rilasciamento dei nessi associativi e separazione di un gruppo di processi mentali dal resto dell'apparato psichico, con esito di un funzionamento autonomo e distaccato delle varie parti psichiche e mancanza di continuità e di identità del soggetto.

Può essere distinta in intellettiva, riguardante soprattutto il funzionamento del pensiero ed in ideoaffettiva che riguarda la correlazione della affettività con il pensiero. In quest'ultimo caso avviene che il paziente possa esprimere un pensiero completamente scollegato dallo stato emotivo.

Comunque, per Bleuler il concetto di dissociazione si riferisce fundamentalmente al pensiero e ai nessi associativi.

Ne risulta pertanto un pensiero bizzarro, illogico, a volte caotico, caratterizzato da numerosi disordini formali, quali: la tangenzialità del pensiero, cioè la tendenza ad associare per assonanza o per nessi superficiali, i neologismi, ossia la formazione di nuove parole che hanno un significato particolare ed unico solo per chi le formula; la verbigerazione o catafasia, cioè la ripetizione stereotipa di una parola ed infine due altri fondamentali: il pensiero forzato e l'intoppo del pensiero.

Nel pensiero forzato "... gli schizofrenici sentono un incalzare di pensieri : sono costretti a pensare". L'intoppo del pensiero viene così descritto da Bleuler:

" Il pensiero si ferma spesso a metà di un concetto, oppure, nel tentativo di passare ad un'altra idea, può bloccarsi del tutto ... insorgono nuove idee che nè il paziente, nè l'osservatore sanno collegare al corso del pensiero precedente ..."

Per Bleuler, i disturbi formali del pensiero sono tra i segni più importanti della schizofrenia e sono espressione non tanto della scissione, quanto piuttosto di un disturbo più profondo che, utilizzando un concetto psicoanalitico, potremmo definire come frammentazione dell'Io.

**L'incongruità affettiva:**

corrisponde all'indifferenza, all'appiattimento e all'ottundimento affettivo e soprattutto all'incapacità di modulare l'affettività con il pensiero e le circostanze. Quest'ultima coincide più specificamente con la dissociazione ideoaffettiva che rende il paziente incongruo e bizzarro.

**L'ambivalenza:**

essa, come è concettualizzata da Bleuler, è un disturbo molto grave della personalità e viene distinta in affettiva, intellettiva e della volontà. In quella affettiva il paziente presenta due stati d'animo contraddittori ed inconciliabili; un paziente dichiara di voler molto bene ad un amico e nello stesso tempo si chiede come ucciderlo. In quella intellettiva compaiono due pensieri che, messi insieme, diventano assurdi: un paziente si lamenta di non aver più capelli e nello stesso tempo chiede le forbici per tagliarli.

In quella volitiva il paziente vuole una cosa e nello stesso tempo è pronto a rifiutarla.

**L'autismo:**

consiste in progressivo ritiro in se stesso, in una vita sempre più autocentrica, mentre i rapporti con la realtà e con l'ambiente tendono a chiudersi.

Il pensiero non ha più un significato comunicativo, ma spiccatamente autistico, cioè centrato esclusivamente sulle produzioni interne che provengono da fantasticherie, allucinazioni e spesso deliri.

**I sintomi accessori** sono così definiti nel senso che possono mancare e comunque non costituiscono l'essenza della schizofrenia.

Essi sono: le allucinazioni, i deliri, le idee di riferimento, i sintomi catatonici.

**Le allucinazioni.**

Quelle più comuni sono quelle uditive. Sono spesso voci a contenuto persecutorio oppure che possono dare ordini o semplicemente commentare tutto ciò che il paziente fa. Possono essere anche allucinazioni somatiche, tipo trasformazione corporea.

**I deliri:**

possono essere di varia natura, dal mistico al persecutorio, e possono manifestarsi in maniera sufficientemente organizzata, molto più spesso in maniera incongrua.

**Le idee di riferimento:**

è la convinzione che parole o gesti degli altri possano essere diretti in maniera malevola, al paziente.



### **I sintomi catatonici:**

sono il **negativismo**, ossia fare il contrario di quanto si chiede al paziente; l'**ecolalia**, ossia la ripetizione delle parole degli altri; l'**ecoprassia**, cioè la ripetizione dei movimenti degli altri; la **stereotipia**, ovvero, il ripetere continuativo insensato di gesti o di azioni; l'**impulsività**, cioè azioni attuate improvvisamente senza alcun nesso logico con la situazione o con la personalità del paziente.

Nel 1950 K. Schneider propose invece una descrizione dei sintomi della schizofrenia abbastanza diversa.

Egli divise i sintomi in due categorie che definisce di primo ordine e di secondo ordine e che indicano la maggiore o minore importanza ed incidenza.

### **Sintomi di primo ordine:**

allucinazioni uditive specifiche, furto del pensiero o influenzamento del pensiero, esperienza di influenzamento somatico, percezione delirante.

#### **Le allucinazioni uditive specifiche:**

si suddividono in: eco del pensiero, voci sottoforma di discorsi e con le quali spesso il paziente dialoga, voci che sottolineano le azioni del soggetto.

L'eco del pensiero consiste in una riproduzione sonora dei propri pensieri che il paziente percepisce allucinatoriamente proiettati all'esterno.

#### **Il furto del pensiero o influenzamento del pensiero:**

i pazienti hanno la certezza che i loro pensieri siano stati rubati o comunque siano influenzati e quindi conosciuti e noti a tutti.

Ambedue i sintomi caratterizzano un fatto fondamentale, cioè la perdita della libertà e dell'identità del paziente, il suo essere praticamente alla mercè di tutti.

#### **L'esperienza di influenzamento somatico:**

il paziente avverte di essere guidato e telecomandato oppure che strani processi avvengono nel suo corpo sotto l'influenza di apparecchiature o di forze misteriose.

#### **La percezione delirante:**

si tratta della percezione corretta di un oggetto o di una situazione, ma alla quale viene dato un significato particolare, autocentrico ed inaccessibile alla critica ed è spesso la base della strutturazione delirante.

### **Sintomi di secondo ordine:**

disturbi allucinatori di altro genere, intuizione delirante, impoverimento affettivo, perplessità intesa come sensazione di confusione.

**I disturbi allucinatori di altro genere:**

sono le allucinazioni al di fuori di quelle uditive ( ad es. visive, olfattive).

**L'intuizione delirante:**

è l'idea o la convinzione che nasce come una sorta di illuminazione alla coscienza del paziente e che diventa certezza inaccessibile alla critica. Anche l'intuizione delirante è spesso la base di una costruzione delirante.

**L'impoverimento affettivo:**

esso è la perdita della capacità sia di provare che di esternare affetti nei confronti degli altri.

**6. 5. ESORDIO, STATUS, EVOLUZIONE DELLA MALATTIA**

Per definire una sindrome è spesso utile, tener conto, accanto ai sintomi specifici, anche dell'esordio, dello status e dell'evoluzione.

Tutto ciò vale in modo particolare per la schizofrenia, poiché le modalità di inizio e l'evoluzione possono essere determinanti nel definire uno specifico quadro di schizofrenia.

In tal senso, toccherà tener conto della fase prodromica, dell'inizio, del decorso e del cosiddetto stato residuale.

Ma per fare questo deve essere premesso che è necessario, rispetto ai suddetti parametri, suddividere il quadro dei disturbi schizofrenici in due gruppi fondamentali: quello ad inizio acuto e quello ad inizio lento.

**Schizofrenia simplex:**

è caratterizzata da mancanza di interesse nei rapporti umani, da progressivo isolamento, da complessivo impoverimento della personalità, da apatia, da abulia.

Questi pazienti si mostrano indifferenti emotivamente ed affettivamente. Sono rari, o appena accennati, i sintomi produttivi, quali allucinazioni o deliri.

**Schizofrenia disorganizzata o ebefrenia:**

il comportamento è inadeguato e bizzarro. Questi pazienti tentano di stabilire un minimo di rapporto, ma in genere si mostrano incapaci, goffi e spesso con una profonda discordanza ideo-affettiva. Quando sono presenti deliri, questi sono frammentari, a volte a contenuto autograticante e onnipotente. Molto spesso il loro comportamento è connotato

da fatuità: hanno scoppi di risate e smorfie, che sembrano completamente scollegati con il contesto.

### **Schizofrenia catatonica:**

essa è nettamente in diminuzione dopo l'era psico-farmacologica. A volte possono presentarsi sintomi come il negativismo, oppure una forte inibizione che può giungere a forme di stupore catatonico. Più frequenti sono le forme caratterizzate da intensa agitazione immotivata, che porta questi pazienti a girare continuamente, senza scopo. Non sono infrequenti i sintomi più specificatamente catatonici: come stereopatie, manierismi, ecolalia, ecoprassia.

Le forme sopradescritte insorgono in genere in età compresa tra 15 e 25 anni.

### **Schizofrenia paranoide:**

questa forma ha spesso inizio tardivo (25-35 anni) ed è caratterizzata da allucinazioni e sistemi deliranti, a contenuto vario. In genere, i più frequenti sono di tipo persecutorio o ipocondriaco, meno frequenti quelli di grandezza. La forma paranoide può avere rimessioni più o meno significative.

Se la diagnosi di schizofrenia non pare difficile nei casi avanzati e ben differenziati, essa lo è invece nei casi più lievi e marginali, in cui l'affezione inizia subdolamente (schizofrenia latente di Bleuler, oggi inquadrata nell'ambito del disturbo di personalità schizoide, schizotipico o paranoide) o con disturbi polimorfi (schizofrenia pseudonevrotica) o presenta un decorso oligosintomatico (schizofrenia semplice).

Numerose ricerche, infatti, hanno evidenziato per la schizofrenia, l'importanza dei fattori psicologici, che sono altrettanto, se non più importanti, dei fattori biologici. Una teoria psicodinamica della schizofrenia deve tener conto del modello di sviluppo e di funzionamento dell'apparato psichico e spiegare il disturbo sulla base dello stesso modello. Lo studio della schizofrenia, con le sue peculiari manifestazioni, permette, attraverso la patologia, di poter meglio comprendere ed evidenziare le modalità di formazione dell'Io.

Si ritiene che alla nascita ci sia un Io originario, lo sviluppo del quale sarà successivamente condizionato dalla progressiva maturazione neuro biologica del SNC, dall'evoluzione delle pulsioni e dalle modalità dei rapporti interpersonali, la cui validità e stabilità sono estremamente significative. L'Io originario è fondamentalmente un Io somatico, che diventa sempre più un Io libidico, capace di distinguere tra il Sé e il non Sé, di recettività e di investimento sessuale come dinamica di rapporto – conoscenza della realtà. Se la conflittualità, nell'ambito delle relazioni interpersonali, è eccessiva, emergono meccanismi difensivi che portano alla costituzione della cosiddetta “corazza caratteriale”,

tipica delle psiconevrosi. Se invece c'è una situazione gravemente frustrante o di massiccia carenza affettiva precoce da parte dei genitori, si costituisce una deficitaria strutturazione dell'Io, che si manifesta con quella particolare patologia che si evidenzia nella personalità psicopatica e nella sindrome borderline. Nella schizofrenia invece, le funzioni dell'Io sono ancora più gravemente alterate, nel senso di una mancanza di organizzazione e di confini dell'Io, che si manifestano come incapacità sia di distinguere tra il Sé e il non Sé, sia di una corretta conoscenza e di un valido rapporto con la realtà. Quanto meno l'Io è definito, tanto più è difficile distinguere tra Sé e realtà, e tanto più la conoscenza di quest'ultima viene inquinata dalle proiezioni.

La perdita del sentimento dell'Io e dei suoi confini spiegano, abbastanza verosimilmente, il come di molti sintomi schizofrenici, e soprattutto quelli della fase acuta: la situazione di perplessità e di smarrimento, il furto del pensiero, l'eco del pensiero, le allucinazioni uditive e le esperienze di trasformazione somatica. Insomma i sintomi di primo ordine, secondo Schneider, sembrano trovare una comprensibile spiegazione in questa caduta del confine dell'Io che lascia il soggetto alla mercè delle proprie sensazioni ormai completamente scisse dall'Io e quindi vissute come "estranee".

La nozione di caduta del sentimento dell'Io e dei confini dell'Io, pur molto importante nella spiegazione dei fenomeni schizofrenici, è piuttosto riduttiva se non viene inserita all'interno della dinamica delle pulsioni e delle relazioni oggettuali. Si deve ritenere che la modalità di relazione dello schizofrenico oscilli tra due poli: la simbiosi o la totale rottura del rapporto. Modalità relazionale che è condizionata dalla deficitaria struttura dell'Io come capacità di avere e di mantenere una propria identità. Questa situazione, che è chiaramente instabile, può rompersi dando luogo alla fase acuta della schizofrenia. Anche se non sempre è possibile individuare una causa precisa, possiamo dire che la rottura è determinata da una forte angoscia. Questa angoscia, spesso scatenata dal timore di perdere la relazione simbiotica, determina un vissuto per cui l'Io dello schizofrenico si disintegra e il soggetto perde completamente il sentimento e il confine dell'Io. E' in questo momento che compaiono i sintomi acuti come lo smarrimento, le allucinazioni uditive, il furto del pensiero, la bizzarria, l'ambivalenza e gli impulsi catatonici. C'è inoltre inevitabilmente un ritorno massiccio di tutto ciò che in precedenza era stato rimosso: materiale che, non più riconosciuto come appartenente al paziente, popolerà il mondo di fantasmi persecutori. Tutto questo determina la classica fase acuta, che può essere più lunga, ma alla fine della quale il soggetto tende a ripristinare dei meccanismi difensivi, mediante due possibili soluzioni. Una è la completa rottura con la realtà, sulla base di un annullamento totale che

si evidenzia con il sintomo principe della schizofrenia: l'indifferenza. Il paziente, più o meno consciamente, rinuncia definitivamente ad ogni rapporto con il mondo. L'altra è invece il tentativo di recuperare la precedente situazione di legame simbiotico: il delirio ne rappresenta la più tipica manifestazione. E' in questo caso che troviamo spesso il meccanismo della identificazione proiettiva: dinamica che rivela chiaramente il non superamento del legame simbiotico, proprio attraverso il tentativo, anche se con modalità diverse, di ricostituirlo. Può sembrare singolare ed assurdo questo tentativo di recuperare nel delirio un legame che in genere, nella realtà, è stato frustrante e deludente e che esprime la più tipica modalità del delirio schizofrenico, quello di persecuzione, ma, evidentemente, come afferma D. Fairbairn, "...è preferibile un mondo popolato da demoni, che un mondo deserto e vuoto". Abbiamo così due modalità di uscita dalla crisi acuta di schizofrenia: quella di rottura - annullamento e quella di un tentativo di recuperare il legame simbiotico. Queste due modalità corrispondono a due forme cliniche: la prima alla schizofrenia simplex, la seconda alla paranoidea ed alla ebefreno - catatonica.

Ci si deve chiedere a questo punto da cosa e come si origina questa tipica modalità relazionale (simbiosi o rottura del rapporto). Le osservazioni cliniche e, soprattutto in questi ultimi decenni, la prassi relazionale sistemica hanno evidenziato sempre più l'importanza della famiglia, se non nel determinare, nel mantenere il disturbo schizofrenico. Nell'ambito della famiglia dello schizofrenico, troviamo più frequentemente dinamiche o di marcata indifferenza (spesso manifestazione del carattere schizoide di uno o ambedue i genitori), oppure di stretta simbiosi: non infrequente un'alternanza di queste due dinamiche. In linea di massima, i genitori stabiliscono con il futuro schizofrenico una relazione basata o sull'indifferenza o sulla simbiosi responsabili dell'inizio, nell'infanzia, della frattura schizofrenica, dal punto di vista psicologico.

## **7. LA RIABILITAZIONE IN PSICHIATRIA**

### **7.1. INTRODUZIONE**

Alla base di una malattia mentale c'è sempre la domanda dell'uomo circa il perché della sofferenza e del dolore. Le scienze antropologiche ci mostrano diverse prospettive di interpretazioni; a livello pre-scientifico, una lettura magica ed etico-religiosa ( teoria della retribuzione veterotestamentaria ), a livello empirico-razionale, una lettura biologico-funzionale e a livello post-scientifico, una lettura definita "soggettività partecipata" dove il soggetto si "crea" nell'inter-soggettività. Da qui la natura della malattia mentale intesa come la risultante di alterazioni neurologiche e di un'esistenza percepita come una "fatica" (sventura, senso di vuoto). Dal momento che la malattia mentale rappresenta l'interazione della sfera biologica, psichica e sociale, un adeguato concetto di riabilitazione deve abbracciare sia la diminuzione dei disturbi fisiologici che il miglioramento della qualità della vita attraverso l'attivazione di alcuni livelli di compensazione. Da questo risulta la verità profonda della asserzione secondo cui "l'opera della medicina è il farsi carico della cura dei disturbi e della guarigione della libertà umana malata". Il medico psichiatra e lo psicologo devono aiutare il soggetto a ridefinire la propria libertà e a segnare passi concreti di guarigione. In questa linea emerge anche l'importanza della collettività e del territorio: solo in una relazione multipla è possibile ridare senso ad un'esistenza. La prospettiva territoriale è legata alla legge di Riforma Psichiatrica 180 del 1978 dove viene superato il concetto di territorio manicomiale per abbracciare il concetto di servizio territoriale che prevede il collegamento e l'integrazione organica degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. La psichiatria territoriale ha il dovere morale di aiutare la società a superare l'indifferenza che nutre nei confronti dei malati mentali che impedisce agli stessi una reale integrazione e di alimentare la convinzione che la malattia psichica non distrugga la responsabilità ( umanità ) del paziente. Nella storia della psichiatria sono esistite due prospettive: una detta "ippocratica" dove la malattia è considerata principalmente un evento socio-psicologico; l'altra, in opposizione, viene definita "galenica" dove si dà importanza all'ospedale rispetto al territorio, al corpo rispetto alla persona. Risulta essere più chiaro, a questo punto, che lo psichiatra deve essere fundamentalmente medico della persona nella sua interezza: guarire significa, appunto, "mettere al riparo, difendere e riorganizzare tutti gli aspetti costitutivi – biologico, sociale, psicologico – della persona". La riabilitazione

psichiatrica per essere efficace dovrà, pertanto, favorire la “produzione di senso” anche dove sia stato perduto da anomalie biologiche. L’intervento riabilitativo sarà sì attento al versante fisiologico, ma non potrà esimersi dalla cura del versante sociale e psicologico. In questa prospettiva una grande responsabilità etica della riabilitazione risulta essere quella di non danneggiare il malato accostandolo ad uno soltanto dei possibili approcci. La psichiatria di marca ospedaliera tende a sviluppare sofisticate diagnosi che allontanano, però, sempre più, il malato dall’incontro con il curante e sempre più lo riportano al ruolo di corpo più o meno dotato di patologia, mentre, quella di territorio ha sviluppato una ricca ed articolata terapeutica differenziale.

## **7.2. DUE CONCETTI CHIAVE DELLA RIABILITAZIONE : DISABILITA’ E CRONICITA’**

Quando la manifestazione di una patologia psichiatrica compromette l’abilità di eseguire determinate attività , si dice che l’individuo vive una disabilità. La pratica riabilitativa non può ovviamente prendersi cura di tutti i disagi vissuti dal soggetto: la riabilitazione si occupa solo di disabilità cronica. La teoria della disabilità è frutto della integrazione tra la disabilità fisica e quella psico-sociale. In psichiatria, “disabile”, non è solo l’individuo, ma è anche il contesto sociale nel quale il soggetto vive. La disabilità psichica può essere anche definita come un disturbo nell’espletamento dei ruoli sociali che ci si aspetta che svolga un determinato soggetto nel suo contesto sociale ( spazio-luogo). Essa non è soltanto una mancanza di abilità, è molto di più: è quella forma esistenziale attraverso la quale l’individuo ammalato e il suo contesto relazionale ( la famiglia principalmente), manifestano il loro disagio assumendo, così, una nuova rappresentazione del Sé sociale. La difficoltà di ottenere risultati consistenti nella cura di malattie mentali, consiste anche nel fatto che l’individuo malato abbia in un certo senso creato delle forti alleanze con la propria patologia, anzi molte volte la sintomatologia diventa l’unica forma capace di acquietare l’ansia e l’angoscia che il soggetto sperimenta come laceranti (disturbo compulsivo). La malattia così vissuta diventa capace di creare un “Io” diverso , il Sé malato, appunto, che con il passare del tempo diventa l’unica modalità di rapporto con il mondo esterno: il Sé sociale.

Un altro aspetto importante da tenere in considerazione è quello del recupero sociale: una patologia grave come la psicosi-schizofrenica può essere più riabilitativa di una malattia meno grave come la nevrosi: un soggetto che, per esempio, deve interrompere più volte al giorno un'attività lavorativa per compiere i "riti compulsivi", può creare uno stato di disabilità più accentuato.

Accanto al concetto di "disabilità", risulta fondamentale per la riabilitazione anche l'aspetto della cronicità. Attualmente, il modello teorico della cronicità che gode di maggiore diffusione e che raccoglie il maggiore consenso, è quello biopsicosociale, che tende a integrare la prospettiva psicosociale con quella biologica e che, per la valutazione di tale cronicità, utilizza quattro elementi:

**vulnerabilità:** alcuni soggetti e famiglie sono strutturalmente vulnerabili.

**stress:** dovuto a eventi esistenziali. Esistono per esempio depressioni da successo o insuccesso: vincere all'Enalotto è comunque un trauma.

**capacità di adattamento:** legata all'elasticità affettiva e cognitiva del soggetto.

**competenze:** che si riducono a causa della malattia.

Per Spivak ( 1987 ), la cronicità è il risultato di un processo bidirezionale che si sviluppa nel tempo tra il soggetto e l'ambiente ( spirale viziosa ) e che porta l'individuo ad una fase di regressione. La "spirale viziosa" si verifica quando una persona, dopo uno scompenso psichico che lo ha condotto ad essere ricoverato in ospedale e sottoposto a trattamenti farmacologici, ritornando in famiglia non trova un ambiente idoneo al suo miglioramento, ma un contesto iperprotettivo o rifiutante che, a sua volta, provoca una ri-acutezza della malattia con un inevitabile ricovero in ospedale. Questo processo è influenzato da fattori relazionali, ambientali e strutturali, quindi, emerge ancora meglio, come la cronicità non sia una caratteristica intrinseca della patologia, ma la risultante di diversi fattori ( la persona e la sua biografia, l'assetto emotivo familiare, la malattia propriamente detta e la strutturazione di validi interventi terapeutici).

Un altro fattore che può incidere sulla "cronicità" è il ruolo dell'operatore. C'è differenza tra "assistenza" e "riabilitazione". Si parla di "assistenza" quando l'operatore si sostituisce al malato, mentre di riabilitazione quando l'operatore accompagna il paziente a fare determinate cose. Un paziente diventa cronico quando, chi lo circonda, decide di non investire più nulla su di lui. Il soggetto che necessita di una riabilitazione è un paziente con una notevole "fragilità dell'Io": è più capace nel fare, meno nel gestire una comunicazione che coinvolgerebbe il proprio "Io". La riabilitazione agisce sulla parte sana, è un supporto, un rinforzo a ciò che sono le funzioni sane. La psicoterapia va invece a lavorare sulla parte



malata, ma per fare questo occorre avere una minima struttura dell' "Io". Con un malato psicotico è impossibile fare della psicoterapia perché non possiede le capacità cognitive di introspezione. Spesso capita che, dopo un iter riabilitativo, il paziente passi alla psicoterapia. Per una buona psicoterapia e una efficace riabilitazione occorre un autentico rapporto empatico tra paziente e operatore ed è utile saper gestire una adeguata "relazione" d'aiuto. L'operatore deve, ovviamente, saper controllare le proprie emozioni: o si è amico, o si è operatore, ogni intervento curativo deve essere professionale e dunque gerarchico.

Per comprendere il fenomeno della cronicizzazione dei pazienti psichiatrici occorre anche affrontare il problema della cronicità tra gli operatori. Infatti i concetti, precedentemente esposti, non si ripercuotono solo sui pazienti, ma anche sugli operatori che, affiancando il paziente nel percorso riabilitativo, possono andare incontro a fallimenti. E' necessario sia un lavoro svolto in equipe che un supporto di supervisori per evitare che l'operatore si senta lesa nella sua immagine di professionista e possa così diventare vittima del cosiddetto *burn out*.

“ La relazione educativa con l'handicappato grave, ma anche con il malato psichiatrico, mette in crisi anche la sicurezza di ruolo dell'operatore, fa emergere sentimenti di incapacità che rimandano alla messa in discussione della professionalità e scoraggiano di fronte alla fatica di affrontare una ricerca di nuovi piani di conoscenza sia dell'utente, sia della struttura. Nascono allora alcuni rischi che, da un lato si riflettono nella specificità del lavoro sviluppato che tende a isolarsi dal contesto in cui si attua, e dall'altro ricadono con alti livelli di stress sugli operatori dando origine a sindromi di *burn out*. [ ... ] Secondo Maslach ( C. Maslach, 1992) il "burn out" è una sindrome costituita da esaurimento emotivo, da depersonalizzazione e da ridotta realizzazione professionale e si caratterizza per una graduale alterazione del rapporto esistente tra soggetto e ambiente, con sintomi somatici e comportamentali” ( Tomisich, Gonfalonieri, 1999 ).

### **7. 3. ASPETTI TEORICI DELLA RIABILITAZIONE**

È indispensabile sottolineare che per processo riabilitativo non si intende il raggiungimento di livelli di funzionamento identici a quelli precedenti l'insorgenza del disturbo mentale, ma la riorganizzazione e il potenziamento delle capacità e delle abilità del soggetto.

### **7.3.1. MODELLI DI SOCIAL SKILLS TRAINING**

I modelli di Social Skills Training, nati negli USA, sono da attribuirsi a Anthony (1979), a Liberman (1989) e a Farkas (1992).

Essi derivano da una serie di interventi finalizzati al rinforzo delle varie prestazioni sociali: autogestione, self help, gestione dello spazio abitativo, attività lavorative ecc.

La teoria su cui si fonda questo modello riabilitativo è costituito dal concetto di vulnerabilità e stress, per cui alcune persone sono, dal punto di vista biologico, più vulnerabili allo stress, sia esso dipendente da piccoli eventi e conflitti o legato ad elementi significativi come lutti, perdita di lavoro ecc. A questi fattori, strettamente legati alla vulnerabilità, si contrappongono, per l'intervento riabilitativo dei "fattori protettivi" e in particolare lo sviluppo delle abilità sociali. Secondo questo modello è necessario prendere in esame un solo problema per volta e, al suo interno, individuare un aspetto specifico del problema che, se migliorato o risolto, potrebbe aiutare il paziente a ridurre le sue difficoltà.

### **7.3.2. MODELLO DI POTENZIAMENTO DEI COMPORAMENTI SOCIALMENTE COMPETENTI - SPIVAK**

L'obiettivo primario di tale modello è quello di contrastare il cammino del paziente verso la cronicità. Secondo Spivak, ideatore di questo modello, l'origine della disabilità psicosociale è da attribuirsi alla cosiddetta "spirale viziosa" che non è altro che il risultato di un processo di reciproca influenza tra il paziente e il mondo che lo circonda: spesso il paziente psicotico è soggetto a fallimenti e frustrazioni causati sia dalle sue incapacità, che da reazioni inadeguate dell'ambiente.

Come già sottolineato in precedenza, per Spivak, l'obiettivo della riabilitazione è essenzialmente lo sviluppo di quelle abilità sociali che permettono al paziente di soddisfare i propri bisogni e le richieste del suo entourage almeno in cinque spazi che l'autore identifica in : abitazione, lavoro, compagni, famiglia, cura personale e spazio sociale

### **7.3.3. MODELLO DI CIOMPI**

La strategia riabilitativa di Ciompi ha come fondamento le nozioni chiavi di:

a) aspettativa dei familiari e/o del contesto del paziente e degli operatori;

b) stimolazione del paziente.

L'esito della riabilitazione dipende, secondo Ciompi, non solo dalla malattia, ma soprattutto dalle aspettative del paziente e dei suoi familiari: un atteggiamento negativo del contesto familiare può portare il soggetto a non rispondere bene al processo riabilitativo. Il modello Ciompi tiene in grande considerazione l'asse casa e l'asse lavoro perché dalla loro valutazione emergono dati relativi al soggetto che lo aiutano a migliorare al massimo le funzionalità e l'adattamento.

#### **7.3.4. MODELLI PSICOEDUCATIVI (FALLOON)**

Le tecniche psicoeducative hanno lo scopo preciso di rendere consapevoli i familiari della patologia che affligge i loro cari, di diminuire l' "emotività espressa", di diminuire la dipendenza farmacologica ed infine di ridurre le ricadute.

Lo specifico di questo modello consiste nell'offrire un valido supporto ai familiari attraverso una adeguata informazione sulla natura, sulla manifestazione e sulla terapia relativa alla patologia del congiunto: le reazioni emotive vengono così gestite da uno spessore cognitivo.

#### **7.3.5. L'APPROCCIO ANALITICO**

Sarebbe ingenuo e superfluo pensare che la tecnica riabilitativa possa ridursi ad un addestramento dei comportamenti socialmente competenti se non si provvede, poi, a ricostruire nel paziente quello schema di riferimento del senso del Sé e dell'Altro. Se questa strategia fosse carente si avrebbero sì psicotici più efficienti, ma non in grado di stabilire rapporti evolutivi. Scrivono Mariani, Tonicchi (1992):

“ La teoria sulla costruzione del Sé è diventata, specie negli ultimi anni, sempre più centrale nel pensiero psicoanalitico e nelle ricerche di molti autori. Il punto che sembra essere più convergente è quello sulla nascita precoce del Sé in una situazione di scambio tra madre e bambino caratterizzata da un delicato circuito di interaffettività che facilita la costruzione del legame prima e della individualità poi.

Tale circuito può però interrompersi bruscamente, non funzionare affatto, ripiegarsi su se stesso, avvilupparsi in modo confuso.

Se il legame primario è disturbato, il bambino si troverà in una situazione insostenibile che lo porterà a mettere in atto reazioni automatiche fino a provocare il ritiro

nella forza sensoriale del corpo, l'isolamento, lo stabilirsi di schemi di comportamento strani, bizzarri e inaccessibili all'ambiente esterno. Questi fattori possono costituire gravi quadri clinici nell'età evolutiva oppure esplodere più tardi nell'adolescenza, quando il conflitto autonomia-dipendenza, a causa dell'alterazione nella costruzione del Sé subita precedentemente, assumerà le dimensioni di una catastrofe psicologica". ( Mariani Tonicchi, 1992 )

Uno psicotico è una persona fortemente centrata su di sé, pur non avendone adeguata coscienza.

La riabilitazione di un simile soggetto consiste, non solo nel fargli apprendere alcuni comportamenti, ma nell'offrirgli il senso della continuità, della coesione, della decisione e infine dell'affettività. Il processo di riabilitazione è dunque qualcosa che ha a che fare con la reintegrazione della sensazione di continuare ad esistere, della capacità di sentirsi distinto dall'Altro, della sensazione di essere responsabile delle proprie azioni e della sensazione di possedere una propria e definita affettività.

Se la psicosi è la conseguenza di un disturbo precoce nella relazione tra madre e figlio, sarà necessario intervenire per un recupero dell'immagine e del senso del Sé. In questo caso il progetto riabilitativo potrà essere paragonato ad una specie di negoziazione per ricreare quell'immagine del Sé frantumata da una madre in difficoltà nel porre basi affettive solide.

L'approccio analitico alla riabilitazione psichiatrica consiste nel ricostruire una relazione favorevole con il paziente psicotico come quella di una madre "sufficientemente buona". Il problema di fondo è se questa "madre-operatore sufficientemente buona" potrà essere ancora in tempo. Appare evidente, in questo approccio, l'importanza del rapporto e delle specifiche attitudini dell'operatore di riferimento. Offrendo se stesso, l'operatore dovrà sollecitare nel paziente le parti del senso del Sé perse o mai acquisite in un ambiente primario sterilizzante (quello della diade madre-bambino).

Il tipo di intervento che viene a configurarsi dovrà permettere al paziente di sviluppare sempre più relazioni emozionali con schemi di riferimento sempre più integrati.

Sempre mediante l'intervento dell'operatore verrà sviluppata un'adeguata capacità di holding che restituirà al paziente fiducia in se stesso e che gli permetterà di relazionarsi con la realtà adottando tutti gli accorgimenti adeguati. Da quanto sopra esposto risulta chiaramente che l'operatore assume il ruolo di figura genitoriale ristrutturante e, prendendo

per mano il paziente, gli farà ripercorrere le fasi del suo sviluppo emotivo e ne correggerà le precedenti distorsioni.

L'approccio analitico presenta, nella sua ricchezza, anche dei limiti. Un primo deficit consiste nel fatto che questa impostazione lascia in penombra le difficoltà del nucleo familiare dello psicotico che condizionano la riuscita di un qualsiasi programma riabilitativo.

### **7.3.6. L'APPROCCIO RELAZIONALE – SISTEMICO**

Per la psicoanalisi, e in genere per le varie branche della scienza, la causa A produce l'effetto B. Per la teoria relazionale l'evento A può produrre l'evento B; ma questo a sua volta, può causare l'evento C e questo, retroagendo, ricausare l'evento A.

Un esempio per spiegare tale concetto ci viene offerto da un brano di Haley (1975):

“Un bambino di 10 anni non esce di casa da solo dicendo di avere paura dei cani. Dal punto di vista individuale ha una fobia dei cani. La paura dei cani è dentro di lui. Ma, se si osserva che la madre del bambino rimane costantemente con lui a causa di questo problema e non ha altri interessi nella vita tranne il bambino con le sue paure, si può dire che l'unità del problema sia la diade madre-figlio. Se si osserva l'interazione tra madre, padre e figlio, risulta evidente che madre e padre si evitano tranne che in relazione al problema del figlio. Quando il conflitto tra padre e madre diventa eccessivo, essi fanno la pace per consolare il bambino dalle sue paure. In una prospettiva familiare il bambino riesce con il suo problema a tenere insieme il matrimonio”.

Risulta evidente che la visione circolare permette di analizzare i sintomi proporzionalmente alle conoscenze delle relazioni e degli eventi che caratterizzano la vita e l'ambiente del paziente preso in esame. Se questo è il punto forte dell'approccio sistemico, risulta, però, essere anche il suo tallone di Achille: infatti non sempre il contesto familiare manifesta la sua intenzione collaborativa con gli operatori, anzi spesso volte il rapporto risulta compromesso dalla paura di essere considerati causa del disagio o dal fatto che la realtà familiare sia così povera da non essere in grado di verbalizzare ciò che sta accadendo. Per una buona riuscita di qualsiasi cammino riabilitativo è necessario integrare l'approccio analitico con quello sistemico: infatti mentre il primo è esclusivamente rivolto alle dinamiche transferali operatore-paziente, il secondo tenta di ristrutturare le interazioni comunicative del nucleo familiare.

### **7.3.7. L'APPROCCIO RIABILITATIVO PSICOSOCIALE**

La metodologia riabilitativa più “scientifica” perché dotata di più tecniche e di strumenti verificabili è quella psicosociale nata alla fine della II guerra mondiale quando fu altissimo il numero di persone con esiti psichici invalidanti.

Il fatto che l'interazione individuo-ambiente sia una delle cause della disabilità e della cronicità ha convinto molti studiosi a modificare l'ambiente di quei pazienti che presentavano sindrome da ospitalismo (Social Breakdown Sindrome). In molti casi tale modificazione, portando alla deistituzionalizzazione, ha evidenziato sia la necessità di programmare servizi territoriali comunitari sia l'aumento delle competenze sociali dei pazienti sui quali gli psicofarmaci o altre terapie non avevano effetto. Oggi lo studioso più rappresentativo dell'approccio psicosociale nel campo della riabilitazione psichiatrica è Spivak. Per facilitare la socializzazione Spivak aggiunge a quanto detto nei paragrafi precedenti altri aspetti importanti: le aspettative positive dell'operatore nei confronti del paziente, la capacità del riabilitatore di aiutare il soggetto a riscattarsi dalle esperienze negative del passato e aiutarlo a non vivere le relazioni con l'altro con paura e diffidenza. Le tecniche usate per questo approccio sono generalmente quelle del Social Skills Training e del Problem Solving.

### **7.3.8. APPROCCIO PSICOEDUCATIVO**

Intorno agli anni '60 in Inghilterra, a seguito dell'introduzione dei neurolettici, vennero approvate delle modifiche legislative sull'assistenza psichiatrica a favore del reinserimento dei pazienti ospedalizzati nel contesto familiare. Questo approccio trova il suo punto di forza in ciò che viene definito Emozione Espressa (EE). Essa comprende l'insieme di quegli atteggiamenti del nucleo familiare, nei confronti del paziente, basati sulla critica, sulla ostilità e sull'ipercoinvolgimento emotivo. Si distinguono subito due modelli di famiglia: quello ad Alta Emotività Espressa (AEE), caratterizzato da comunicazioni critiche e svalutanti, da forti elementi di ostilità e da coinvolgimento emotivo marcato, e quello a Bassa Emotività Espressa (BEE) con caratteristiche opposte. Affinché un nucleo familiare possa avvicinarsi sempre più a quella soglia di emotività capace di promuovere relazioni costruttive occorre, secondo Siani, Siciliani e Burti (1990):

“ Informare i familiari sulla natura della malattia del paziente schizofrenico, ridimensionare le loro aspettative, stabilire un’alleanza con la famiglia per assicurarsi la sua collaborazione affinché il paziente assuma regolarmente la terapia farmacologica; addestrare i familiari a correggere alcuni aspetti della loro risposta emotiva di fronte ai sintomi e ai comportamenti psicotici del loro congiunto” ( Siani, Siciliani, Burti, 1990 ).

Questo modulo pedagogico presuppone che ci sia una malattia da curare e una famiglia da preparare. Nell’intento di alleggerire le famiglie dai sensi di colpa, questo modello deresponsabilizza il sistema familiare da qualsiasi responsabilità. Nel passato è stata spesso trascurata la fatica dei parenti nella gestione della malattia psicotica. La famiglia, in assenza di pratiche terapeutiche “forti” ed efficaci, spesso, si assumeva il peso della riabilitazione del paziente. I comportamenti dei pazienti psicotici portano facilmente all’isolamento sociale delle famiglie e soprattutto delle madri, considerate di frequente responsabili della malattia del figlio. In senso strettamente riabilitativo, però, questo approccio non consente un recupero profondo delle dinamiche sociali del paziente, né delle capacità affettive. Entrando nella storia privata, complessa e delicata di una famiglia, si rischia di entrare in contatto solo con la facciata pubblica di quel sistema, senza avere quindi la possibilità di promuovere cambiamenti significativi.

### **7.3.9 . LA STRATEGIA INTEGRATA MULTICONTESTUALE**

I vari approcci descritti fin qui mostrano vantaggi e limiti complementari. Ogni metodologia di intervento pone l’accento su un solo aspetto della situazione psicotica e quindi si rifà ad una pratica finalizzata al raggiungimento di obiettivi parziali. Se l’approccio analitico non tiene in debito conto il sistema delle resistenze familiari, l’approccio relazionale e quello psicosociale fondano il loro intervento, sia pure a livelli diversi, sul recupero di abilità comunicative e strumentali, escludendo la dimensione “transferale” del paziente.

L’approccio strategico multicontestuale è un primo tentativo di integrazione tra più metodologie.

“L’esperienza ci ha insegnato, in questi dieci anni di applicazione della riforma psichiatrica, quanto sia illusorio pensare di lavorare ad uno solo di tali livelli, qualunque esso sia; poiché ben presto il servizio viene investito da resistenze e conflittualità; cioè pressioni, reazioni, sottili sabotaggi o esplicite opposizioni provenienti dai livelli

contestuali non adeguatamente coinvolti e “responsabilizzati” nel progetto terapeutico-riabilitativo” (Siciliani e Siani 1988 )

Nessuna singola strategia tecnica risulta autosufficiente: nessun modello teorico di riferimento, infatti, tiene conto di tutti i vari livelli della situazione psicotica. Si deve a Ciompi il tentativo di correlare le aspettative dei pazienti, dei familiari e degli operatori. Sulla scorta di studi longitudinali, Ciompi è riuscito a stilare una scala di fattori che contribuiscono a una soluzione riabilitativa; al primo posto si collocano le aspettative dei familiari, poi quelle dei pazienti, infine quelle dello staff di riferimento. Più le aspettative dei tre referenti (famiglia, pazienti, operatori) sono positive e convergenti, maggiori sono le probabilità di successo riabilitativo. È comprovato che un insieme di aspettative negative, specie quelle familiari, provoca nel paziente un sicuro insuccesso: siamo in ciò che la psicologia sociale chiama “profezia che si autoavvera”.

“Le nostre impressioni iniziali possono creare comportamenti conformi. Quando le aspettative che una persona nutre nei riguardi di un’altra fanno sì che quest’ultima agisca in modo da confermare tali aspettative, siamo in presenza di una *profezia che si autoavvera*” ( Smith e Macie, 1998, p.86 ).

La metodologia dell’approccio multicontestuale è caratterizzata dal continuo adeguamento degli obiettivi riabilitativi al contesto delle dinamiche sistemiche e conflittuali della famiglia.

### **7.3.10. APPROCCIO PSICODINAMICO**

In diverse patologie il disturbo mentale del soggetto esprime un’alterazione delle capacità di relazione del paziente con se stesso e con gli altri causando, così, una fragilità nella costruzione del proprio “Io”. Quest’incapacità di intraprendere e mantenere adeguate relazioni oggettuali può esprimersi e tradursi in un’alterazione delle capacità di pensiero e di comunicazione col mondo esterno. Per questo la riabilitazione va mirata alla ricostituzione delle strutture del Sé intrapsichico, che sono alla base dei vari modi di relazione oggettuale: il Sé corporeo, il Sé espressivo e il Sé verbale. In questo tipo di contesto, l’intervento riabilitativo rappresenta un percorso che aiuta il paziente a migliorare la propria relazione con se stesso e con gli altri e che mette a sua disposizione un ambito comunitario in cui è presente una fitta rete di relazioni strutturanti.



L'intervento riabilitativo si pone, quindi, come un contenitore sia delle ansie di separazione, sia dell'angoscia di frammentazione del paziente, consentendo quindi "la possibilità" di una relazione oggettuale caratterizzata dall'incontro empatico.

Per esempio: in relazione al Sé corporeo possono essere utilizzate tecniche di espressività corporea, o ancora tecniche psicomotorie, o infine, la danzaterapia, applicate sia individualmente che in ambito grupppale a seconda delle esigenze del paziente.

Per quanto riguarda, invece, il Sé espressivo, sono utili l'arteterapia, la teatroterapia, la fotografia, la musicoterapia, le attività riabilitative basate sull'utilizzo della comunicazione non verbale. L'utilizzo di queste attività espressive fornisce al paziente ambiti comunicativi alternativi a quello verbale, che è spesso compromesso o regredito nei pazienti psicotici. Infine, per quanto riguarda l'asse del Sé verbale vanno ricordate le attività psicoterapeutiche di gruppo e individuali, la terapia familiare, la socioterapia e le terapie di sostegno.

Come già sottolineato in precedenza, la sofferenza psichica è il prodotto di una scorretta interazione tra l'individuo e il suo gruppo di appartenenza ed è quindi proprio per questo che la situazione grupppale può essere utilizzata come strumento di cura. Il gruppo costituisce, infatti, lo strumento fondamentale attraverso il quale attuare le attività riabilitative sulla base della considerazione che ogni sofferenza psichica abbia una dimensione interpersonale e sociale, non solo in rapporto alla sua genesi e alla sua evoluzione, ma anche, e soprattutto, in relazione alla sua modalità di espressione. Il gruppo terapeutico si pone, quindi, come uno "spazio sociale protetto", simile alla realtà esterna, nel quale il soggetto può sperimentare e vivere l'incontro con l'altro in modo meno conflittuale e ansiogeno, imparando, nel tempo, a intraprendere relazioni più armoniche e soddisfacenti, grazie alla graduale scomparsa della sensazione di alterità ed estraneità che spesso il paziente vive nei confronti di ciò che è diverso da sé.

Inoltre il gruppo offre al paziente l'opportunità di manifestare, riconoscere, decodificare e, quindi, modificare i propri modelli comportamentali grazie soprattutto al feed-back, positivo o negativo, che il gruppo gli rinvia in conseguenza del suo comportamento.

Nel gruppo il soggetto manifesta i propri conflitti, verbalizza i propri contenuti intrapsichici e, attraverso il rapporto con gli altri, acquisisce una visione oggettiva delle sue modalità di relazione e può arrivare a comprendere quali siano le dinamiche che stanno alla base del proprio disagio e di quello altrui. Il gruppo diviene un "produttore" di cultura

alternativa e, grazie al rinforzamento delle sue caratteristiche intrinseche e allo sviluppo delle sue dinamiche interne, si propone come un nuovo modello.

Poiché il “desiderio di appartenenza” al gruppo è una delle forze che ha maggiore influenza sull’individuo, il paziente sarà spinto a modificare il proprio comportamento quando questo è in contrasto con la “cultura di gruppo”. Acquisirà, quindi, modelli relazionali e comunicativi più corretti che lo faranno accettare dal gruppo e aumenteranno l’autostima.

### **7.3.11. IL PROGETTO RIABILITATIVO**

Lo schema del progetto riabilitativo può essere riassunto in tre fasi:

- 1) momento della presa in carico, cui segue la stesura del progetto riabilitativo
- 2) momento dell’attuazione del progetto
- 3) momento della verifica del progetto terapeutico e dell’eventuale ricerca di nuovi obiettivi riabilitativi da conseguire con il paziente

Ognuna di queste tre fasi rappresenta momenti nei quali l’equipe deve avere massima attenzione e ricettività su ciò che succede.

La presa in carico è la premessa per preparare tutto il lavoro che precede l’intervento riabilitativo; è grazie a questa fase che si rielabora un percorso riabilitativo specifico per ogni paziente. In questa fase è necessario valutare alcuni elementi:

a) storia anamnestica. Interessa l’anamnesi fisiologica e patologica; in ambito riabilitativo deve raccogliere tutti i dati possibili sulle relazioni che il soggetto ha avuto nella sua vita, e tutti gli eventi esistenziali che hanno avuto un ruolo nella sua storia ( trasferimenti, lutti, traumi )

b) storia psicopatologica. Fa un quadro relativo agli inizi della malattia e di quanto è avvenuto successivamente ( modificazioni di sintomi, numero di ricoveri e loro durata ). Essa deve prendere in considerazione ogni elemento reperibile sulla personalità premorbose o su ogni tipo di difficoltà sorte successivamente ( isolamento sociale ) . Fanno parte di questa fase anche i dati relativi al tipo, alla durata, ai risultati, e ai motivi dell’interruzione dell’intervento terapeutico.

c) Valutazione delle aree deficitarie presenti nel paziente. Nella cura per i disturbi psichici, non è tanto importante la diagnosi, quanto la valutazione delle aree in cui il soggetto è deficitario. Infatti i sintomi e le abilità sono aspetti distinti e non sempre correlati: un individuo può presentare sintomi gravi e non essere spiccatamente disabile;

viceversa, possono sussistere disabilità importanti con povertà di sintomi. La scarsa iniziativa, la tendenza all'isolamento, la difficoltà di attenzione possono rendere più invalidanti i sintomi più palesi come deliri o allucinazioni. Teoricamente sono disponibili strumenti adatti alla valutazione verbale, e altri specifici per le diverse abilità individuali. Esistono anche test che valutano la capacità del soggetto, il suo mondo interno, le sue capacità di relazione interpersonali e intrapersonali ( Rorschach, TAT ). La raccolta di questa serie di elementi può avvenire con l'uso di questionari, di interviste strutturate o semistrutturate, o tramite l'osservazione diretta del paziente stesso, o con il colloquio con un familiare o un operatore, nel caso in cui il soggetto non fosse in grado di dare le informazioni che gli vengono richieste. Spivak propone una valutazione intuitiva basata sulle capacità d'osservazione dell'operatore; essa deve consentire l'individuazione delle aree problematiche del soggetto. In genere, esse sono difficoltà di relazione, difficoltà di interazione all'ambiente, incapacità di esprimere il proprio potenziale affettivo ed emotivo, riduzione delle capacità logiche e cognitive, diminuzione dell'iniziativa motoria, scarsa efficienza del sistema motivazionale e infine difficoltà nelle prestazioni concrete. Nella fase valutativa non devono essere colti solo gli aspetti definitivi, ma, se possibile, è necessario cogliere le potenzialità sane che consentono di intraprendere il cammino riabilitativo. Negli schizofrenici il problema fondamentale non è tanto ciò che si può fare con loro, ma se c'è in essi il desiderio di farsi curare. Infatti, interventi terapeutici troppo incalzanti possono determinare nel paziente angosce che possono causare rifiuti o discontinuità nel trattamento terapeutico. Ogni operatore ha sperimentato che la maggior parte dei "drop out" è dovuta a errori terapeutici. Nella riabilitazione, come nella terapia, si deve evitare sia l'accanimento terapeutico, sia il mancato rispetto dei tempi e dei modi del paziente.

d) La storia del paziente. Nella sua famiglia, con particolare riferimento, all'interno di questa, alle varie dinamiche passate e presenti, ai livelli di conflittualità, alle possibilità di essere d'aiuto o di isolare il paziente, all'armonia o meno tra i membri del gruppo familiare. Questa fase è molto importante, non solo per raccogliere informazioni, ma soprattutto per impostare rapporti proficui e continuativi, per gestire insieme un corretto progetto terapeutico ( alleanza terapeutica )

e) L'analisi del contesto. Non è possibile preparare, come più volte segnalato, un qualsiasi progetto terapeutico senza considerare l'ambiente familiare, sociale, e culturale in cui il soggetto vive e che può spiegare sia la sua evoluzione, sia eventuali deficit delle sue prestazioni.

f) L'analisi delle ispettive dell'inviante, della famiglia, del paziente stesso, dell'equipe terapeutica. Il medico di base o uno specialista non psichiatra è di solito l'inviante più frequente che poi mantiene rapporti con tutto il nucleo familiare. E' auspicabile che anche questa figura venga considerata nel quadro clinico del soggetto

g) Dopo aver valutato gli aspetti sopra enunciati, il terapeuta di riferimento, insieme all'equipe, procederà alla strutturazione pratica del progetto riabilitativo, che verrà attuato nella seconda fase del trattamento. Si occuperà della "presa in carico" una struttura riabilitativa nella quale il paziente prenderà contatto con l'operatore ( molto spesso è uno psichiatra che diventa il terapeuta di riferimento ), il cui compito è quello di raccogliere tutte le informazioni relative al quadro clinico e non del soggetto.

Si passa poi alla discussione e alla strutturazione del progetto riabilitativo per decidere in quale attività inserire il paziente. La seconda fase del progetto riabilitativo è costituita dall'applicazione. La scelta dell'attività dipende dalle necessità specifiche, ma occorre anche considerare altri elementi, quali la possibilità e la finalità dell'istituzione e le competenze dell'equipe. Infatti, non si possono includere nel progetto riabilitativo attività non disponibili o non attuabili dagli operatori. Non si deve, inoltre, dimenticare che è diversa la riabilitazione in un servizio psichiatrico, in un centro residenziale di terapia psichica, in strutture ambulatoriali o in un Day Hospital. Infatti nel primo ci sono pazienti acuti e in regime di ricovero con degenze brevi, nel secondo ( centro residenziale ) la degenza va da sei mesi a due anni e infine nel Day Hospital il paziente non è degente. In questa seconda fase del programma riabilitativo il confronto fra i diversi membri dell'equipe dev'essere continuo, come deve essere costante il contatto con gli eventuali sanitari esterni dell'equipe stessa ( esempio lo psichiatra che si occupa dell'aspetto farmacologico ). Il terapeuta di riferimento, in relazione alle esigenze del soggetto, avrà con lui colloqui individuali per valutare il percorso riabilitativo. La durata di questa fase è molto variabile, gli interventi possono protrarsi per mesi o anni. Questa seconda fase, con il passare del tempo, si integra con la terza, cioè con la valutazione dei risultati ottenuti e con il relativo inserimento di modifiche che si rendono necessarie in seguito a eventuali cambiamenti o situazioni di staticità ( il paziente non risponde ).

## **8. AMBIENTI NATURALI E SALUTE**

### **8.1. ASPETTI BENEFICI DELL'AMBIENTE**

“Sali sui monti e cogli i messaggi positivi che da essi provengono, la pace della natura fluirà in te, come la luce del sole si trasmette agli alberi; i venti soffiano la loro freschezza dentro di te mentre gli affanni cadono come le foglie d'autunno” (Muir, 1995).

La tesi che il vivere in ambienti naturali sia psicologicamente salutare è antica e presente in tutte le culture. L'idea che il contatto con gli alberi, con i corsi d'acqua e gli altri elementi della natura possa ridurre l'ansia e aiutare le persone a fronteggiare meglio gli eventi stressanti della vita ha costretto la psicologia ed altre discipline, quali la medicina e l'architettura, ad analizzare e ad approfondire l'argomento. In una ricerca condotta da R. S. Ulrich (1979) vengono 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. Chiaramente la vista non è l'unico senso coinvolto nella capacità percettiva e sicuramente anche gli altri sensi possono avere un'influenza sulle percezioni dell'ambiente che ci circonda, ma negli ultimi tempi la vista ha acquistato una certa rilevanza, tanto da portare la scienza comportamentale a domandarsi se il paesaggio visivo può portare del benessere psicologico. L'ipotesi principale sostiene che i livelli di ansia diminuiscano generalmente dopo la visione di alcune fotografie di ambienti naturali. I risultati ci fanno riflettere su diversi aspetti.

Il gruppo esposto solo a scene urbane riportava uno stato emotivo peggiore; sebbene non ci fossero punteggi eccessivamente significativi, emergeva chiaramente uno stato di benessere più basso rispetto a prima. La tristezza appariva maggiore rispetto allo stato psicologico di partenza, così come il calo di attenzione può essere interpretato come un indicatore di scarso interesse per le foto di scene urbane.

Le foto di ambienti non naturali usate nella ricerca erano foto di contesti urbani non propriamente tipici di una città, e quindi poco urbanizzati; questo ci porta a pensare che gli effetti sarebbero stati ancora più estremi nel caso si trattasse di fotogrammi di angoli cittadini altamente urbanizzati se non addirittura degradati.

Si può anche affermare che la visione di contesti “esterni” favorisca uno stato psicologico di benessere, e questo potrebbe influenzare la pianificazione e le progettazioni delle strutture architettoniche. Dal momento che è provato l'effetto positivo sulle sensazioni e

sugli stati psicologici di benessere del contatto visivo con scene naturali ( al limite anche urbane, ma con presenza di elementi naturali e assenza di persone e traffico ), si potrebbe pensare ai contesti ospedalieri ( la vista dalla finestra della stanza susciterebbe sensazioni diverse se offrisse un parcheggio piuttosto che un parco ), alle scuole ( il livello di ansia degli studenti diminuirebbe se avessero delle aule con ampie e numerose finestre), alla quotidianità (il recupero dello stress di una giornata lavorativa sarebbe più rapido se si avesse un affaccio su un lago o su un bosco) per aumentarne il rapporto con l'ambiente. C'è dunque una forte relazione tra psicologia ed ecologia.

Anche la teoria psicoevolutionista 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 recupero ( recovery ). L'obiettivo di questo studio è 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 di Ulrich ( 1979 ) : “Scene naturali aumentano il livello di attenzione, diminuiscono quello di paura”.

Ulrich ( 1984 ) : “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”

Verderber ( 1986 ) : “Pazienti ricoverati per incidenti o malattia preferivano panorami con alberi rispetto a ogni altra categoria di scene presentate”.

Eheerwagen e Oriens ( 1990 ) : “I pazienti provavano meno ansia nei giorni in cui le sale d'aspetto erano ornate da posters raffiguranti scene naturali, piuttosto che una parete bianca”.

Moori ( 1982 ) e West ( 1985 ) : “La vista su panorami naturali dalla cella di una prigioniera è associata a più basse frequenze di sintomi da stress, problemi digestivi, mal di testa, febbri”.

Olmsted ( 1983 ) : “La visione della natura impiegava la mente senza stancarla, ma la esercitava, la tranquillizzava e la rianimava ... La visione di ambienti naturali rinvigoriva l'intero sistema psico-fisiologico”.

Partendo dal presupposto che i contesti urbani quotidiani tendano a favorire molto meno il recupero dallo stress piuttosto che quelli naturali, l'ipotesi di questo studio è 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: la visione di ambienti naturali non solo fa bene alla psiche, ma anche al corpo. Suddette ricerche hanno impiegato metodologie differenti ( auto-report, misure fisiologiche e comportamentali ) e preso in considerazione diverse possibili esperienze ristorative ( vacanze, rilassamento ). In alcuni disegni sperimentali condotti da Ulrich e Kaplan (1991) i soggetti, simili per numerose variabili di controllo tra cui l'abitudine a gite in luoghi incontaminati, sono stati sottoposti a tre condizioni : Gruppo 1 esperienza in un luogo naturale, Gruppo 2 vacanza in un luogo non naturale e Gruppo 3 attività normale. Vengono misurate come variabili dipendenti lo stato emotivo e una prova di performance secondo una procedura pre/post - test. I gruppi, in effetti, differiscono per la misura dello stato emotivo, ma solo nella fase di *follow-up*, non immediatamente. Nella prova di performance, il gruppo 1 migliora rispetto alla *baseline*, mentre gli altri peggiorano. Gli effetti vengono confermati dall'auto-report. Successivamente i ricercatori modificano le condizioni del disegno sperimentale: passeggiata in un parco, passeggiata lungo un percorso urbano, rilassamento in un ambiente chiuso. I soggetti sono assegnati casualmente alle condizioni. Dopo la misura pre-test (autoreport, misure fisiologiche e comportamentali) viene manipolata la fatica mentale, con compiti uguali per i tre gruppi. I punteggi sulla scala sono significativamente differenti: la misura di felicità e delle emozioni positive sono maggiori nel primo gruppo ( passeggiata nel parco ). Presi insieme, i risultati confermano il valore ristorativo delle esperienze a contatto con la natura. Il valore di felicità inizialmente basso del primo gruppo si spiega pensando al "ritorno": i pensieri sulla fine della vacanza e la ripresa delle normali attività non rendono certo felici, ma l'esperienza in un ambiente naturale dimostra di produrre effetti positivi a lungo termine. 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 aperta ( Driver e Knopf, 1976 ; Knopf, 1983, 1987 ).

Secondo la teoria di Kaplan ( 1989 ) il carattere ristorativo dei luoghi è legato a quattro componenti di risanamento: “essere lontano da casa” (*being away*), importanza di un cambiamento di scenario o di una fuga da determinati aspetti della vita, “estensione” (*extent*): è l’esperienza di un ambiente che si dilata nella sua dimensione temporale e spaziale, “fascino” (*fascination*): si distingue tra attenzione involontaria e volontaria. L’attenzione involontaria non richiede uno sforzo mentale ed è attratta da stimoli che hanno la prerogativa di affascinare in modo diretto, mentre quella volontaria, richiedendo notevoli sforzi mentali, può in condizioni di stress impoverirsi e in ultimo “compatibilità” (*compatibility*) che si riferisce all’adattamento nell’ ambiente dell’individuo.

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 non significa proporre una tecnica riabilitativa labile e inconsistente, basata sull’estro di qualche psicologo eccentrico. Significa invece, 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. Non bisogna mai dimenticare il principio, sempre valido, che il contesto vale quanto il testo, se non di più.

## **8. 2. AMBIENTI NATURALI E SALUTE: UNA RASSEGNA DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA SULLO STRESS**

L’approccio evuzionista sottolinea che la specie umana, poiché si è evoluta per centinaia di migliaia di anni in ambienti naturali è biologicamente adattata a tali ambienti e non lo è a quelli non naturali. Le risposte innate agli stimoli ambientali che hanno origine dall’evoluzione della specie, sono principalmente affettive e precedono l’elaborazione cognitiva ( Driver e Green, 1977; Iltis, Locks e Andrews, 1970; Stainbrook, 1968 ).

In un esperimento compiuto da Ulrich, Simons, Losito e Miles ( 1991), 120 soggetti sono stati sottoposti a dieci minuti di visione di un filmato giudicato essere fonte di stress e a dieci minuti di un altro filmato sul traffico cittadino, sui pedoni in città e sull’ambiente naturale. Sono stati registrati i parametri fisiologici indicatori di stress: conduttanza cutanea ( SCR ), pressione arteriosa ( PTT ), tensione dei muscoli della fronte ( EMG ), ed è stato valutato anche lo stato emotivo di: paura e rabbia, emozioni positive, attenzione ed



interesse e tristezza. Durante la visione di immagini naturali i soggetti hanno evidenziato una percentuale più alta, rispetto alle altre tipologie di immagini, per quanto riguarda le emozioni positive e la capacità attentiva, mentre hanno riportato valori inferiori per quanto concerne la paura, la rabbia, l'aggressività e la tristezza. I risultati si sono invertiti, in maniera considerevole, per le immagini di contesti urbani con traffico esasperato.

Interessanti anche le rilevazioni di Ulrich (1984). Sono state analizzate le cartelle cliniche di 46 pazienti che, dal 1972 al 1981, hanno subito un intervento di asportazione della colecisti presso il Pennsylvania Hospital. Ventitré di loro alloggiavano in una stanza con vista su un parco con alberi e ventitré in una camera che s'affacciava su un altro edificio. Le stanze erano identiche per dimensioni, per disposizione del letto e per l'arredamento ed anche per il periodo di degenza. I due gruppi di pazienti erano bilanciati per sesso, età, peso, ecc. I risultati rilevati dopo questa degenza, sono stati significativi perché i pazienti con vista sugli alberi, rispetto a quelli con vista sull'edificio, hanno avuto in media una permanenza in ospedale più breve ( 796 contro 870 giorni ) ed hanno assunto un minor quantitativo di analgesici. Statisticamente, invece, la minor presenza di complicazioni ( nausea, mal di testa, ecc.) non è stata significativa anche se hanno avuto più annotazioni positive di quelle negative sulla cartella clinica, mentre non differivano le quantità di ansiolitici, barbiturici e tranquillanti somministrati.

In effetti, i programmi terapeutici che si svolgono in ambienti naturali, danno ottimi risultati. Le esperienze di più giorni in riserve naturali possono essere un potente strumento riabilitativo, perché favoriscono nuovi schemi comportamentali e migliorano l'auto-percezione ( Gibson, 1979; Kahoe, 1979; Turner, 1976 ). Questi programmi, seguiti da terapeuti ed operatori addestrati, sono rivolti ad adolescenti, pazienti psichiatrici o detenuti e vengono sempre svolti in ambienti naturali. Negli anni '70 il programma "Outward Bound", si propose di strutturare l'attività del gruppo intorno a situazioni difficili, proponendo sfide fisiche che l'ambiente incontaminato offriva. Sono stati rilevati cambiamenti positivi dell'auto-consapevolezza, della personalità e dei comportamenti sociali e non.

Anche il programma " Outdoor Challenge" propose agli adolescenti due settimane di trekking in una riserva naturale. Per la rilevazione dei dati sono stati distribuiti dei questionari, prima e dopo il programma e tre durante l'esperimento, più un diario. I gruppi di controllo prevedevano trekking meno isolato, campeggio e vita in città. I risultati emersi dai questionari compilati dai soggetti sottoposti ad esperimento, hanno evidenziato un aumento dei comportamenti altruistici, una maggiore consapevolezza della propria forza

e debolezza , una più precisa autosufficienza ed autostima, un grande desiderio di essere coinvolti nelle attività e, già dal secondo giorno, una riduzione di ansia e di paura dovute alla situazione. Dal diario, fin dal terzo giorno, è stato rivelato un certo timore dell'ambiente circostante, del tempo e degli animali, ed una migliore consapevolezza degli odori, dei suoni e dei cambiamenti metereologici. Nel quarto giorno gli iscritti mettevano in evidenza un disagio fisico, mentre nel quinto, sottolineavano un cambiamento positivo dell'autostima e la sensazione di poter affrontare qualsiasi problema. Nell'ultimo giorno della settimana emergeva una nuova percezione di sé e della natura, un aumento della consapevolezza dei propri pensieri ed emozioni ed affiorava lo stupore e la spiritualità. La paura iniziale dei giorni trascorsi in completa solitudine, aveva ceduto il posto alla soddisfazione e alla serenità.

In Russia, è stato sperimentato un campeggio "terapeutico" in montagna come parte di un programma per comunità integrata, rivolto a pazienti schizofrenici. In Germania è stato proposto un programma terapeutico di due settimane in montagna con attività di arrampicata, di volo, ma anche di ginnastica e di yoga; si è sperimentata pure una terapia a breve termine in una clinica di montagna per pazienti psicosomatici.

In conclusione, possiamo affermare, che gli ambienti naturali rappresentano il luogo a cui la specie umana si adatta meglio: facilitano il recupero dallo stress e delle emozioni positive, favoriscono l'autostima, la socialità e la consapevolezza di sé e dell'ambiente circostante. Nei paesi europei ed extra-europei sono già attivi da anni programmi terapeutici che hanno come scenario la montagna e le riserve naturali, pertanto è necessario effettuare anche in Italia ricerche sul rapporto tra ambienti naturali e salute ed è altresì auspicabile l'avvio, anche nel nostro paese, di programmi che utilizzino la natura come mezzo terapeutico, rivolti a varie tipologie individuali.

## **9. LA MONTAGNA NELLA PSICOLOGIA INDIVIDUALE : SIMBOLI E INTERPRETAZIONI**

Come abbiamo detto nei capitoli 2 e 3 la montagna assume per la vita dell'uomo un valore simbolico: parallelamente al cammino dell'alpinista che cerca di arrampicarsi fino al raggiungimento della vetta, possiamo leggere verosimilmente il cammino di ogni uomo verso la sua maturità psichica come una scalata. Questo camminare "concreto" dell'individuo si eleva ad una logica astratta e universale mediante la metafora del viaggio che a sua volta rappresenta una delle più ricorrenti immagini usate dalla psicoanalisi per spiegare la formazione dell'Io. In queste pagine vorrei affrontare l'argomento cercando di porre in confronto alcuni pensieri di psicoanalisti, in modo particolare di Adler, con alcuni dei più famosi di alpinisti di oggi.

La montagna rievoca per l'uomo di ogni tempo immagini e sentimenti non sempre del tutto decifrabili: innanzitutto l'altezza della montagna, così imponente e affascinante, costringe ogni individuo a misurare il suo essere limitato con lo spazio assoluto ed eterno della montagna stessa, ad un immediato rapporto tra l'alto e il basso, tra il grande e il piccolo. Inoltre la montagna, con le sue vette impervie diventa segno di quella estraneità che l'uomo vive con se stesso. Infatti, nel passato le montagne hanno costituito quella barriera naturale di difesa nei confronti di un "altrove" rimasto sconosciuto, luogo del pericolo e della paura. Le montagne sono state l'habitat di esseri fantastici e mostruosi, meta di percorsi di ristoro delle anime, rivelazione del divino, ma anche, secondo la visione illuministica, spazio da conquistare, territorio da ordinare rispetto al caos e al disordine primitivo. Le Alpi hanno rappresentato l'espressione del paradiso perduto, di nuovi valori di forza e di purezza, luogo dell'eterno vagabondare di un viaggio senza ritorno.

Per questo motivo ogni alpinista è consapevole di fare un'esperienza che, in gran parte, non sarà comunicabile: i pensieri, le percezioni, le emozioni che ha vissuto durante la sua permanenza in alto resteranno per lo più confinate dentro di lui ed esprimibili inconsciamente e in modo inedito e caratterizzeranno il suo quotidiano. Da che cosa trae origine allora la passione irrefrenabile, il desiderio di ritornare e di riprovare, di rifare ogni volta lo stesso viaggio, all'apparenza non comprensibile ?

Il bisogno dell' "andare per i monti" diventa così metafora della conoscenza del mondo e dell'uomo inserito nel suo ambiente.

“Quello che noi cercavamo nell’arrampicata era l’impressione di vincere la forza di gravità e danzare nel vuoto, correre lungo la verticale” ( Terray, 1977 ). E’ chiaro che ciò che spinge l’alpinista alla fatica della salita è l’esperienza di aprirsi ad una nuova dimensione esistenziale: quella della verticalità. È la spinta interiore del superamento di se stesso che aiuta l’uomo al duro lavoro del vivere. Ecco allora che “il grande valore attribuito alla nozione di altezza avrebbe la sua origine nel desiderio dell’uomo di elevarsi, di volare, di fare l’impossibile” ( Adler, 1971 )

Le astrazioni “basso” e “alto” sono riconducibili al percorso evolutivo dell’uomo nel passaggio alla stazione eretta. Tale percorso è riprodotto nello sviluppo individuale, quando il bambino inizia a camminare e riceve rinforzi a proposito dell’opposizione basso / alto : è approvato quando si mantiene in piedi, in equilibrio; riceve disapprovazioni quando si muove a terra. “Star per terra, strusciare per terra, è riprovevole, incompatibile con la dignità umana; nello spirito di ogni individuo si forma, necessariamente, fin dalla prima infanzia, un’associazione stretta tra l’ “alto” puramente spaziale e tutte le altre superiorità: morale, intellettuale” ( Adler, 1971 )

Quando il bambino vorrà esprimere i propri sentimenti di opposizione e di rabbia, non ci sarà espressione migliore e più efficace del buttarsi e rotolarsi a terra. E’ significativa, a questo proposito, l’espressione “cadere in basso”. L’immagine dell’altitudine e della verticalità sono in genere associate al segno positivo, così come l’immagine dell’orizzontalità e della bassezza sono associate al segno negativo. Nello stesso modo la “trascendenza” è accostata al luogo della “vetta”.

“Proprio come il bambino, anche i popoli primitivi registravano nella rubrica “superiorità” il sole, il giorno, l’ascesa umana verso livelli di vita superiore; invece nella rubrica “inferiorità” il peccato, la morte, il suicidio, la malattia, la notte” ( Adler, 1971 )

Sempre Adler ci sottolinea l’esigenza del bambino di aumentare maggiormente il suo orizzonte cognitivo: deve allora arrampicarsi sulle sedie, sugli armadi, sulle scale oppure stare in braccio per uguagliare l’altezza dei genitori o ancora sulle loro spalle per superarla. Con il passare del tempo tale tendenza viene sempre più condizionata dalle esperienze di realtà; l’alto perde in astrazione e può nascere l’angoscia delle altezze cioè quel sentimento con il quale il soggetto esprime la paura di dover “scendere” dalla propria altezza ed essere privato della propria grandezza.

“Il “desiderio di essere in alto” si esprime in una forma figurata, e cioè tanto nei sintomi quanto nei sogni: gare podistiche, librarsi nell’aria, ascensione di montagne, salita di una scala, ritorno alla superficie dell’acqua dopo un tuffo; mentre il “basso” è

rappresentato simbolicamente da una caduta, un muro di prigione, di ostacoli di tutti i generi, ritardi che fanno perdere un treno, per farla breve: con qualsiasi movimento retrogrado e discendente” ( Adler, 1971 ).

La montagna diventa in questo caso concretizzazione dell’ “ascesi compiuta”, della “superiorità” sul mondo, sugli altri e nello stesso tempo, la consapevolezza di caducità, di esistenza del confine e del limite induce il bisogno della ricerca. La montagna, costituendo comunemente una meta non comune, può rappresentare per chi dovesse affrontarla con successo, un incoraggiamento per le proprie possibilità, o per chi non sarà capace di superare gli ostacoli, consolatoria per l’eccezionalità dell’impresa

### **9. 1. IL SENTIMENTO DI INFERIORITA’ E DI SUPERIORITA’**

Quando il bambino incomincia a riconoscere la differenza tra sé e gli altri nasce in lui un sentimento di inferiorità che pervade tutto il suo mondo interno e che condiziona le sue scelte, i suoi atteggiamenti, il suo comportamento. Più il bambino si rapporta con l’adulto più sperimenta un sentimento di vulnerabilità e di insicurezza. Per non soccombere in questo “sentire doloroso” il bambino si vede costretto a ricorrere a delle *costruzioni mentali* con le quali compensare questo suo limite. Le costruzioni mentali che più l’individuo usa riguardano il *pensiero antitetico*, fondato sulle opposizioni alto/basso e sopra/sotto, maschio/femmina. Da questi sentimenti possono nascere bisogni di maggiore riconoscimento e di valorizzazione di sé e spinte per l’affermazione e per il dominio dell’ambiente. “E’ proprio dal sentimento di inferiorità, di insufficienza, d’insicurezza, che deriva l’impulso a costruirsi un fine per la propria esistenza”. ( Adler, 1994 )

Questo fine per la propria vita passa necessariamente attraverso il sentimento di superiorità che si manterrà per tutta l’esistenza ma, assumendo sempre un tono indefinito, non ci saranno mai strategie assolute, predeterminate: il maggiore benessere coinciderà con una ricerca del conseguimento degli obiettivi secondo modalità sempre più flessibili e creative. Questo lavoro continuo di rimodellamento consentirà di mantenere mete di superiorità senza essere travolti da un’angoscia esistenziale intollerabile di chi vuole essere sempre e a tutti i costi il “primo”, caratteristica esclusivamente di Dio (Sindrome dell’Onnipotenza). “La lotta per la superiorità rimane elastica; anzi, più un individuo è vicino alla salute e alla normalità, più è in grado di trovare nuovi sbocchi per le sue lotte, quando esse vengono bloccate in una particolare direzione. E’ solo il nevrotico che, al

momento di concretizzare il suo fine, pensa : “Io debbo avere questo o niente” ( Adler, 1994 ).

L'uomo si muove attraverso strade che cambiano spesso direzione. La sua vita è connotata dal desiderio di crescere, c'è in ogni individuo una tendenza verso la superiorità. Questa tensione assume una direzione che va dal meno al più, dal basso verso l'alto. I sentimenti di inferiorità spingono verso l'alto, verso livelli di perfezione atti a compensare quelle angosce irresistibili che lo stato di precarietà e di debolezza spesso procura. Nello stesso modo, l'alpinista che si arrampica su una parete cerca sempre una via che gli permetta di uscire verso l'alto. D'altra parte, fin dai primi anni di vita, l'incertezza e la vulnerabilità si costituiscono come incentivo e come stimolo per ogni sviluppo. In ogni bambino è riconoscibile una spinta naturale, un impulso ad arrampicare che gli permette di utilizzare e conoscere le proprie forze. “ Nei bambini questa tendenza a salire salta agli occhi e coincide con il desiderio di essere grandi. Essi vogliono elevarsi nel senso letterale della parola, ed è per soddisfare questo desiderio che si arrampicano sulle poltrone, sui tavoli, sugli armadi” ( Adler 1971 ).

## 9. 2. IL SENTIMENTO SOCIALE

La prospettiva adleriana evidenzia in modo marcato il rapporto individuo - società. All'uomo, per poter costruire la propria individualità, occorre potersi confrontare continuamente con i propri simili e interagire in modo stretto con essi: l'autodeterminazione e l'autoreferenzialità segnerebbero inevitabilmente la sua precarietà e la sua distruzione. L'autonomia richiede sempre anche il mantenimento di un legame, il senso del *nodo e della corda*. Restare ancorati alla terra (dimensione orizzontale) mentre si aspira allo spirito e alla cultura (dimensione verticale) appartiene alla duplicità della natura umana. Inoltre c'è poi il bisogno di legarsi all'altro per sopravvivere, per poter compiere l'azione vitale senza correre il pericolo della morte sempre incombente. Queste istanze sono bene rappresentate nell'immagine della cordata, che assume in questo senso una forte connotazione metaforica. Essere “legati” con altri serve per realizzare ciò che da soli sarebbe impossibile: il conseguimento collettivo di un risultato, ma anche l'utilizzo dell'altro per il trionfo individuale. Il legarsi resta anche carico di ambiguità; è azione che crea e struttura un legame, ma nello stesso tempo il “legare” richiama l'immagine di “incatenare”, dice l'esistenza di un vincolo, di una costrizione. Così la catena risveglia

quasi prepotentemente il desiderio di “slegarsi” e di libertà. Prometeo si libera dalle catene che lo legano alla montagna per conquistare una libertà sganciata dal destino scritto dagli stessi dei.

Nell'alpinismo non ci si lega “per” qualche cosa, ma ci si lega “contro” qualche cosa. Si è legati in un “insieme” per liberarsi dai limiti individuali e dalle paure di una sconfitta subita in azioni svolte singolarmente. Ci si lega per non morire, ma la paura di morire si intreccia e si sovrappone con la paura di “soccombere” davanti al compagno: ancora una volta, si presenta quel sentimento di inferiorità che spinge ciascuno di noi al superamento della propria vulnerabilità, al riscatto della propria vita. Si entra così in un circolo vizioso che manifesta tutto il suo spirito curativo e redentivo. L'interesse sociale diventa, così, sentimento sociale. L'equilibrio mentale è dato dal riconoscere il limite, trasformarlo in stimolo e cercare la cooperazione per superarlo.

### **9.3. LA MONTAGNA: NON SOLO SALITA**

Quando si pensa alla montagna risulta spontaneo alzare lo sguardo verso l'alto alla ricerca di uno spazio verticale. In realtà ogni dimensione ascensionale prevede anche una direzione verso il basso, una progressione verso il radicamento: l'albero mentre cresce in altezza affonda sempre più le proprie radici nella terra. Il crescere attraverso il “discendere” è presente anche in diverse religioni dove la divinità si umanizza e discende sulla terra. Il processo di discesa nel quotidiano dopo l'ascensione verso l'alto e il divino ci permette di ottenere una profonda consapevolezza del limite, della condizione di inferiorità propria della nostra natura. La lettura reale di sé si costruisce sul riconoscimento della propria inferiorità. È da questa consapevolezza che nasce il “sentimento sociale” cioè il bisogno dell'altro, di un compagno di viaggio, di una guida, di qualcuno con cui interagire durante l'esperienza, un altro da sé che aiuti e consenta di portare a termine il progetto. L'alpinismo, o meglio ancora la montagna che cura, quindi, non deve essere inteso riduttivamente come “grande spinta verso l'alto”, ma come consapevolezza del lavoro di rilettura, di interpretazione e di attribuzione di senso degli obiettivi.

La montagnaterapia, quindi, non può essere ridotta ad una semplice terapia della natura o della bella passeggiata nel bosco. La montagna, in quanto tale, ha una propria specificità che consiste nella sua crudezza e nel suo rigore che diventa sempre più forte quanto più si va seriamente in montagna. L'andare in montagna nasce dal bisogno di

misurarsi e di superare il proprio “limite”. Più ci si incammina per la montagna “non accessibile a tutti”, più ci si avvicina al proprio limite. Arrivati al punto di rottura emerge una certa forma di “istinto di sopravvivenza” caratterizzato da un sentimento di paura, da un bisogno di scendere e di ritornare alla normalità. Esiste un attaccamento alla vita che si acutizza nel momento in cui si raggiunge il limite, che ridà piacere di vivere a chi l’aveva perduto. Racconta una guida del CAI che una persona suicidale voleva fare, prima di ammazzarsi, un’ultima scalata in montagna con il suo amico fidato; questi, che non accettava l’idea del suicidio del compagno, gli fece uno scherzo sui generis: una volta legato all’imbragatura e assicurato con tutte le precauzioni del caso, lo scaraventò giù dalla cresta della montagna. Subito l’altro urlò per la paura, gridando di tenerlo e di non farlo precipitare. Questo urlo istintivo risvegliò nello scalatore il desiderio di vivere. La dimensione “del limite” della montagna va, dunque, a toccare quegli aspetti psicofisici e simbolici estremamente importanti che, se vengono attivati, fanno sì che la montagna possa diventare fortemente terapeutica. Al momento del raggiungimento del limite possono verificarsi due possibilità: essere intrappolati da una forma sottile di “delirio di onnipotenza” o accogliere quella possibilità di “reintegrazione” della propria umanità che si delinea con il riconquistare il piacere di vivere. Tarry, concludendo il suo libro: *“I conquistatori dell’inutile”* (1977), scrive:

“Se nessuna valanga mi travolgerà, se nessuna pietra mi cadrà addosso, se nessun crepaccio mi inghiottirà, finalmente potrò vivere da pacifico uomo di mezza collina che ho sempre desiderato essere”

L’autore, attraverso il viaggio “impossibile ed estremo” della montagna sembra cerchi di raggiungere quella pacificazione, quella dimensione interiore che non riusciva a trovare: doveva fare cose folli per poter vivere come “pacifico uomo di mezza collina che ha sempre desiderato essere”. Anche Messner, uno dei più grandi scalatori contemporanei, rivela il desiderio di fare delle lunghe camminate in pianura, di essere stanco di arrampicarsi in montagna, perché ritiene di essere un sopravvissuto. Quello che ora desidera fare sono delle lunghe camminate nei deserti della Mongolia. All’esperienza del limite, si sostituisce la dimensione del viandante o del pellegrino.

Affinché la montagna possa diventare terapeutica, occorre portare il paziente ad un punto di rottura con la propria onnipotenza infantile. Compito del terapeuta è quello di condurre il soggetto a prendere sempre più coscienza della necessità di compiere questo rito sacrificale, ma ancor di più, dell’opportunità di prendere dalla montagna la forza necessaria per compiere questo passaggio. Qui può venirci in aiuto tutta quella letteratura che descrive



l'attività dello sciamano. Parlando di psicosi, si può affermare che una persona con un "Io" piuttosto destrutturato e fragile, possa avere molti benefici dal fatto di camminare in montagna. Le gite in montagna hanno un effetto strutturante, dovuto alla necessità di costanza e di coraggio, di forza fisica e di resistenza; tutti fattori, questi, che hanno un effetto coesivo davanti a un "Io" fragile. Anche per le nevrosi, dove si presenta una iperstrutturazione dell' "Io", la montagna rivela aspetti benefici, anche se il rischio è più alto, essendosi già manifestata una forma eccessiva di delirio di onnipotenza; come se l'io fosse capace di dominare tutto, al di là di ogni limite. Alcune terapie di montagna, per esempio, fatte con tossicodipendenti un po' psicotici e fragili ha dato degli ottimi risultati. La montagna è un'esperienza assoluta del limite: è facile smettere di camminare perché esausti, è ricorrente vedere un paziente che marcia fino all'esaurimento perché non riesce a sentire la stanchezza del proprio corpo; è difficile valutare quando è il momento di fermarsi o di tornare a casa. La montagna diventa terapeutica quando non la si affronta frettolosamente; occorre cercare l'avvicinamento alla montagna, farsela amica ed entrare in contatto con la sua forza. L'aspetto esplorativo diventa essenziale affinché la montagna ci possa dire qualche cosa. Oggi uno dei problemi più gravi della nostra società è il non sapere più gustare i sapori della vita: siamo portati ad un'accelerazione esistenziale, tutto viene compiuto nella fretta, e la filosofia predominante è quella del "tutto e subito" senza, così, lasciare il tempo alla sedimentazione. Usando una simbologia cara alla psicoanalisi possiamo dire che si è passati da una capacità di "mangiare" la vita (dove per mangiare si intende il desiderio di sedersi a tavola con i propri cari, il raccontare le difficoltà e le gioie della giornata, il sentirsi bene perché saputi ascoltati e compresi) alla necessità quasi spasmodica di "divorare" la vita (divorare significa mangiare in modo anomalo; si può essere bulimici perché ogni cosa che ci circonda viene consumata in fretta dall'insaziabile voglia di inglobare tutto in sé; si può essere, all'opposto, anoressici perché si rifiuta ogni tipo di contatto con l'esterno). Anche la letteratura biblica conosce questa dimensione del "divorare" associandola all'idea del peccato originale: l'archetipo di uomo, raffigurato in Adamo ed Eva, commette il peccato perché incapace di dominare il proprio istinto di fame divorando così l'unico frutto proibito.

La montagna assume nel paziente, capace di ritmare i propri passi con calma e regolarità, la simbologia della "madre accogliente" che si lascia conoscere non come genitore possessivo e incapace di differenziazione, ma come una madre autorevole che spinge l'individuo ad essere autonomo offrendogli, però, l'aiuto necessario. Riprendendo ciò che ho scritto precedentemente, possiamo ricorrere anche all'immagine dell'Eroe che

diventa tale trovando il coraggio di distanziarsi dalla terra che lo ha generato ascoltando l'appello dell' "Altro" che ci chiama ad assumere la postura eretta, diventando così Homo Viator. La montagna, attraverso i suoi panorami incantevoli, i suoi corsi d'acqua, i suoi odori e, ancor di più, con suoi rifugi e le sue grotte, diventa l'emblema di una madre che offre sicurezza e pace, ma, nel contempo, la montagna assume anche il ruolo dell' "Altro" che incita e sprona al superamento di ogni legame per vivere la propria individualizzazione e libertà. In questo senso possiamo affermare che la montagna, oltre ad essere simbolo di "madre accogliente", è anche immagine di "madre che distrugge", che mette alla prova. Una caratteristica del mondo alpinistico del secolo scorso consisteva nel voler compiere il numero più alto di ascensioni, quasi un bisogno ossessivo di consumo della vetta. Così facendo la montagna perde decisamente il suo valore terapeutico. La montagna, invece, va centellinata, gustata lentamente. Bisognerebbe dare il tempo alla propria psiche di assimilare quest'esperienza. L'uomo della natura è capace di aspettare e, se non arriva in tempo, si ferma da qualche parte e prepara un bivacco. E' questo abitare la montagna che diventa affascinante. "Non un mordi e fuggi", occorrerebbe vivere la montagna sapendole regalare un tempo, sufficientemente lungo, per poter permettere alla montagna stessa di parlarci e guidarci verso la guarigione. Su questa linea va colto un altro aspetto importante della montagna che è il suo presentarsi come "rito di passaggio". In tutte le culture non tecnologiche troviamo l'esistenza di un rito di iniziazione capace di fortificare l' "Io". La gita in montagna ha una sua caratteristica rituale : la partenza, i punti critici, il momento di panico e di paura, l'espressione di gioia e di felicità, il ritorno. Questo andamento circolare del rito è, di per sé, strutturante l'Io, offre molta energia ad un "Io" che tende a essere un po' latitante. La montagna, infatti, ha una caratteristica prevalentemente individuale, anche se la si può scalare in gruppo. Il passaggio cruciale va rigorosamente compiuto da solo. Tutto ciò che mette l' "Io" in condizione di dover resistere ad una fatica o ad una paura aiuta a strutturarlo. Nel rito della montagna assume una notevole importanza la simbologia del ritorno. Nelle culture sciamaniche, lo sciamano può curare solo quando è in grado di ritornare dal mondo del divino; se non fosse capace di ripercorrere la strada di casa, non sarebbe in grado di portare all'ammalato la guarigione che scaturisce dalla rivelazione del significato della malattia stessa spiegato dagli dei. Il viaggio dello sciamano è sempre costituito da una sezione circolare: partenza, apice, ritorno. Il momento terapeutico coincide col ritorno, in cui lo sciamano collega l'altro con il luogo in cui si vive. Da un punto di vista religioso-antropologico è quello che ha compiuto Cristo quando è disceso per tre giorni negli inferi. La struttura del rito della montagna è quella di raggiungere la cima, di

affrontare le varie prove e poi di ritornare giù nella dimensione umana del limite del tempo e dello spazio e della vita di tutti i giorni. Il ritorno è un momento fondamentale della terapia. Ciò che cura, non è tanto l'arrivare in cima, ma il ritornare. Questo è poco considerato dagli alpinisti, spesso non viene quasi mai menzionato sui libri che descrivono l'avventura della montagna. Nel ritorno si è più affaticati e deconcentrati, fermarsi o rallentare (anziché accelerare) cercando di assimilare il significato del ritorno, può essere un'esperienza piacevole. Si dimentica molto spesso che i simboli hanno un corpo, e quello della montagna è la sua materialità, l'esser fatta di roccia, di ghiaccio, di cielo e di vento con i suoi rumori. Ecco perché non è possibile nutrirsi del simbolo e godere della sua forza unificatrice se non diamo abbastanza tempo per poterlo assimilare ed interiorizzare. Accanto a queste verità così sottili e difficili da comprendere (risulta estremamente importante il cammino di formazione del terapeuta), la montagnaterapia si avvale di alcuni riferimenti teorici più abordabili. E' utile ricordare ciò che più volte aveva sottolineato Adler circa l'importanza dello stabilire dei "ruoli" all'inizio di ogni cammino terapeutico onde evitare una maggiore ansia e smarrimento nel soggetto affetto da psicosi davanti ad una novità. Risulta utile chiarire lo scopo e l'utilità dei ruoli. Lo psicotico viene, in un certo senso, contenuto nella sua paura sentendo che il responsabile del cammino è un "altro da lui" e che il leader lo accompagnerà per tutto il viaggio, sempre pronto ad intervenire in ogni occasione di difficoltà e di pericolo. Inoltre risulta essere veramente strutturante per l'"Io" l'eventualità, voluta o casuale, di un cambiamento di ruolo: il paziente potrebbe trovarsi nella situazione di essere lui a stimolare il cammino di un suo collega stanco o di essere di aiuto nei confronti dell'operatore. Questa reversibilità di ruoli può assolutamente incidere positivamente sull'autostima. Collegato a quest'ultimo aspetto, possiamo dire che la montagnaterapia giochi molto sull'intreccio delle risorse potenziali individuali e collettive. Ogni individuo è chiamato ad esplicitare le proprie forze che la malattia ha spesso inibito: soggetti che avevano paura di attraversare la strada per andare a comprare il giornale nell'edicola di fronte, risultano capaci di guardare un piccolo ruscello o di effettuare un passaggio di una certa difficoltà. Il modello a cui la montagnaterapia si rifà, è quello di lavorare molto sulla parte sana del paziente. Certamente i risultati sono raggiungibili, anche e soprattutto, grazie alle risorse collettive. Il gruppo ha una potenzialità che supera di molto quella della somma dei singoli individui. Esiste una "mentalità di gruppo" che aiuta il singolo a superare i limiti che da solo non avrebbe mai potuto oltrepassare. Quando si è stanchi di camminare, l'idea del gruppo che deve raggiungere insieme la vetta o il rifugio, diventa uno sprone per continuare. Non bisogna dimenticare

che il confronto tra le mie risorse e quelle degli altri, crea, necessariamente, e, se vogliamo, inconsciamente uno stile di competizione che aiuta a superare il proprio sentimento di inferiorità. Spesse volte il malato psicotico si rinchioda in se stesso, in un guscio di apatia e ogni tentativo di risvegliare una qualche forma di sentimento sociale risulta fallimentare. L'andare insieme in montagna, oltre che attivare le risorse sane del soggetto, crea un desiderio nel paziente di entrare in contatto con l'altro, anche solo per raccontare all'operatore le proprie difficoltà. Ma è chiaro che una passeggiata in montagna non è mai priva di incomprensioni e, perché no, anche di litigate. Fino ad ora ho dato quasi per scontato il fatto che un paziente possa accogliere con favore il rimprovero dell'operatore o accettare di fare il "buon samaritano" nei confronti di un collega in difficoltà, ma non sempre è così. Il paziente deve, allora, essere aiutato a gestire le proprie frustrazioni che emergono dalla sua incapacità di adeguarsi ai bisogni dell'altro. Un paziente nevrotico, con un "Io" iper-strutturato, vicino ad un delirio di onnipotenza, fatica certamente a capire le fatiche del suo compagno di viaggio. Il sentimento empatico, inteso come il saper sentire i sentimenti dell'altro, deve, in questo caso, essere un obiettivo da raggiungere. Dire ad un paziente nevrotico: "Bisogna fare una sosta per riposarsi o bisogna portare lo zaino di un altro perché infortunato" può certamente scontrarsi con i suoi sentimenti onnipotenti, ma a lungo termine lo aiuterebbe, non solo a gestire le proprie frustrazioni, ma anche a sviluppare quel sentimento sociale che la malattia ha deformato. Inoltre, la montagna, presentandosi come capace di dilatare i confini spazio-temporali dell'uomo, lo invita ad assumere tutto lo spazio e il tempo necessari per la soluzione del conflitto con se stesso ed eventualmente con gli altri. Solo con l'armoniosa relazione con il proprio "Io" e con il compagno è possibile arrivare in cima. Ma esiste ancora un ultimo aspetto che, secondo me, rende la montagna una forma di terapia unica nel suo genere ed è il suo substrato antologico. Non bisogna dimenticare che l'alpinismo è nato in occidente dal bisogno delle scienze naturali di effettuare delle misure con le nuove apparecchiature tecnologiche. Nascono alla fine dell'800 le prime spedizioni scientifiche, ma, molte volte, accadeva che nonostante gli strumenti si rompessero durante la salita, i ricercatori continuassero ugualmente il cammino raggiungendo la cima perché mossi, dunque, non solo da una motivazione scientifica, ma anche da un stimolo più irrazionale e arcaico. Chi si occupa di montagnaterapia sa molto bene che il compito più difficile consiste nello risvegliare nel paziente tutti quegli aspetti profondi dell'esperienza dell'andare in montagna. Si tratta di un percorso antico e arcaico presente in tutte le culture antiche: andare in montagna significa celebrare il centro del mondo, la salita verso il cielo, il perno intorno a cui gira tutto, il

punto di orientamento, l'Axis Mundi. L'alpinismo, nato in occidente, è, in un certo senso, un'eresia nei confronti di tutte queste concezioni: è l'uomo che ad un tratto decide di fare a meno di Dio e di andare sulla vetta solo per il gusto di farlo. L'uomo moderno raggiunge la cima, non per rendere omaggio agli dei, ma per celebrare se stesso (delirio di onnipotenza). Paradossalmente, però, l'alpinismo che nasce come irreligiosità nei confronti della montagna e come perdita di Dio, nello stesso tempo, consente all'uomo di ritrovare qualcosa di grande capace di riorfrirgli al soggetto smarrito la strada del ritorno. In questo passaggio antropologico, sedimentato dentro di noi, si può cogliere l'aspetto terapeutico della montagna. Essa risulta essere, dunque, quella segmentazione simbolica di una parte della montagna che trascende se stessa per giungere all'Assoluto.

## **10. LE ESPERIENZE IN ATTO: FONDAZIONE BOSIS DI BERGAMO E ASL ROMA “E”**

### **10. 1. UN PO' DI STORIA**

L'ambiente montano di media e alta quota, rappresenta un "laboratorio" estremamente interessante per i progetti legati al recupero di persone con problemi socio-sanitari e con disturbo mentale psicotico. Lo dimostrano alcune attività in montagna, svolte con pazienti psichici, dalla Asl Rm E di Roma in collaborazione con la sezione romana del Club alpino italiano e alcune esperienze pilota realizzate dalla fondazione Emilia Bosis di Bergamo .

Già dai primi anni '90, la Asl Rm E, su iniziativa di Giulio Scoppola, psicoterapeuta, psicologo e istruttore di alpinismo del Club alpino italiano, propone un progetto terapeutico dal nome innovativo: "Corpo-mente-ambiente". Dapprima, si trattava di un percorso riabilitativo che si svolgeva nell'arco di un anno e che, anche attraverso escursioni in montagna, permetteva ai pazienti di sperimentare una riabilitazione attiva in cui il corpo e la mente si confrontavano con l'ambiente; qualche anno più tardi, nel '97, dalla comunità di Monte Santo, nell'ambito della stessa Asl romana, prendeva vita, su iniziativa di Dino Ermini, un educatore della comunità, il “CAM” ( Club Alpino Monte Santo ). La comunità, diretta da Giorgio Villa, psichiatra, antropologo, appassionato e studioso di montagna, iniziò così una serie di attività terapeutiche legate alla montagna: dalle gite giornaliere ai soggiorni settimanali sugli Appennini e sulle Alpi, con l'aiuto e il supporto tecnico di istruttori e accompagnatori della sezione di Roma del Club alpino italiano. I due lavori, prima autonomi, sono confluiti in quello che è oggi il progetto "Montagnaterapia", coordinato, appunto, da Scoppola e da Ermini. Il programma prevede una serie di azioni più strutturate tra loro. Nel frattempo a Bergamo, sempre nei primi anni '90, la fondazione Emilia Bosis, che gestisce strutture residenziali e semiresidenziali per pazienti con patologie mentali, inseriva, tra le sue già numerose attività di riabilitazione, la conoscenza e la pratica della montagna. Anche in questo caso le esperienze presero una forma più strutturata con il passare del tempo e, nel '97, i coordinatori diedero vita al progetto "Montagna solidale". Si tratta di un percorso che prevede una serie di tappe significative. Nello stesso '97 fu intrapreso un viaggio in Nepal, fino ai 5050 metri della Piramide ai piedi dell'Everest; nel '99 furono scalate le vette del Monte Rosa e del Monte Bianco;

nell'ottobre 2000, fu organizzato il viaggio in Patagonia fino alla base del Fitz Roy e del Cerro Torre e nel prossimo mese di luglio il gruppo cercherà di raggiungere la vetta del K2 in occasione del cinquantesimo anniversario della conquista della stessa cima da parte degli italiani.

## **10. 2. LA FONDAZIONE BOSIS**

La Fondazione Emilia Bosis nasce nel 1998 raccogliendo l'eredità storica e culturale della Comunità Logos che operava all'interno dell'ospedale psichiatrico di Bergamo. Cinque anni fa, quando venne chiuso definitivamente il nosocomio psichiatrico di Bergamo, una paziente facoltosa, Emilia Bosis con la sua famiglia decise di fare qualcosa per alleviare le sofferenze dei malati di mente. Fu così che diede vita alla Fondazione che porta il suo stesso nome. Oggi, la Fondazione Bosis accoglie circa 80 pazienti con patologie diverse (psicotici, nevrotici, borderline) con attività terapeutiche-sanitarie e riabilitative. La fondazione consta di quattro comunità protette ad elevata attività rieducativa-assistenziale, un centro diurno ed è in fase di ultimazione un centro residenziale con circa 20 posti letto. Vengono presi in carico pazienti inviati dai CPS, dai CRT, dalle singole famiglie e da altre istituzioni. Dopo una prima fase di accoglienza e di indagine circa l'esordio e l'evoluzione della malattia vengono ideati, per ogni paziente, progetti specifici che in media durano dai 6 mesi a 3-4 anni. Le prestazioni terapeutiche, riabilitative e risocializzanti sono erogate da un'equipe di professionisti composta da: medici psichiatri, psicologi, educatori professionali, infermieri, ausiliari socio-sanitari, da volontari del settore e da obiettori di coscienza. La Fondazione si avvale, inoltre, di laboratori artistico-teatrali (condotti con la consulenza di professionisti) e, in modo particolare, di articolate e complesse attività ricreative, ludico e occupazionali che trovano intorno al mondo della montagna il loro più specifico contenuto simbolico e riabilitativo.

La Fondazione Bosis, facendo leva anche sulla forte cultura montana del territorio - Alpi Orobie - in questi ultimi dieci anni ha organizzato, come sottolineato prima, i tre impegnativi viaggi oltre, ovviamente, ad un costante allenamento periodico con uscite in montagna più modeste.

### **10. 3. IN MONTAGNA PERCHE' ?**

Il cambiamento profondo, prodotto dalla montagnaterapia, consiste in una riabilitazione radicale cioè non chiusa in luoghi pre-confezionati e stigmatizzati a causa della malattia e non caratterizzata da processi autoreferenziali che degenerano in forme di cinismo e di indifferenza verso l'ammalato.

“Non solo le realtà antropologiche, ma anche quelle psicopatologiche, possono essere comprese nella misura in cui si tengono presenti le connessioni relazionali continue: i flussi che mettono ciascuno di noi in contatto con gli altri al di là dei diversi modi di essere, al di là dei diversi linguaggi, valorizzando l'interiorità e la soggettività di coloro che gli eventi della vita hanno allontanato dai luoghi familiari”. ( Borgna, 2001)

Fin quando la psichiatria non compirà il salto antropologico, perché rimane chiusa entro i circuiti sterili di una terapia statica e farmacologica, non potrà che offrire ai pazienti solo l'illusione della speranza.

“Noi non portiamo nessuno in montagna, non gestiamo dei malati; siamo tutti insieme che andiamo; questo è un concetto molto importante da non perdere mai di vista: noi non portiamo i pazienti in montagna, è il gruppo che va in montagna. Noi abbiamo creato un gruppo, un'èquipe composta da pazienti, operatori, medici e volontari. Una volta individuata insieme la meta, intraprendiamo una severa preparazione fisica, impostata sull'anno: palestra, trekking, mountain-bike. Con gli sponsors organizziamo viaggi per sensibilizzare l'opinione pubblica sulla malattia mentale. Occorre far capire che se una persona soffre di schizofrenia, di psicosi, di nevrosi o di depressione può comunque ambire a certi risultati. C'è tutto un lavoro sugli aspetti onirici e sui desideri. E' una vera e propria educazione a coltivare desideri grandi che aiutino il paziente a riunificare se stesso dopo la frammentazione della malattia” ( intervista a Pier Giacomo Lucchini, Presidente della Fondazione E. Bosis).

Il tentativo di comprensione della vita passa attraverso la comprensione dell'Altro: il cammino in montagna diviene il punto di contatto tra la parte malata e la parte sana, tra la parte forte e la parte debole. La montagna provoca quel salto antropologico “di fare” nuova psichiatria, che significa totale condivisione e accettazione dell'Altro.

“Un altro aspetto importante è quello di star bene con il proprio corpo. La montagna mette a dura prova le nostre difese fisiche e psichiche, sia di persone sane che problematiche. E' in montagna che si vede la coesione, la forza , l'integrazione del gruppo;



la capacità di autonomia individuale, la sopportazione della fatica e del patire il freddo, l'adattarsi a dormire in tenda a 4000 metri. E' in montagna che si vede la crescita di una persona, non certo in una piscina di un centro termale. Molte volte i pazienti che ci vengono affidati, soprattutto i giovani psicotici e schizofrenici, sono persone che hanno smarrito la fiducia in loro stessi, hanno perso tutto: il lavoro, gli amici e persino la famiglia dove i rapporti spesso sono conflittuali o devianti, sono persone che vivono nell'isolamento più assoluto. La montagna diventa per loro uno strumento che li aiuta, ancora una volta o nonostante tutto, a *fissare attentamente* la meta: la meta non è arrivare ai 5000-6000 metri di altitudine, ma è tutto ciò che sta intorno, è il progetto socio-educativo, è il condividere un obiettivo, avere la certezza e la fiducia di essere supportati da operatori, di non essere soli ad affrontare le problematiche dovute alla malattia, la capacità di autogestirsi (l'escursione in montagna porta gradualmente, ad esempio, il paziente a sistemare la propria tenda, a lavare i propri panni, a cucinare - cosa che prima non faceva più - cioè, a riacquisire tutte quelle abilità di autonomia e di autosufficienza necessarie perché rientrando, poi, nell'ambiente urbano possa reinserirsi nel contesto sociale). Ecco il grande obiettivo del nostro progetto: trasformare la montagna in uno strumento che serve a quel paziente, che per la malattia o per l'etichetta sociale, non riesce più a comunicare, a riappropriarsi del desiderio di esprimere quello che ha dentro dicendolo alla società. La montagna è una realtà che facilita il lavoro di gruppo, è centrata sul gruppo: vedere uno psicotico o uno schizofrenico che generalmente è chiuso nel proprio mondo e che si interessa poco di sé e degli altri, condividere un progetto insieme e portarlo a termine, è certo un grande risultato." ( *ibidem* )

La montagna diventa così, capace di annullare le differenze, le etichette sociali. La montagnaterapia si pone come risposta ad un bisogno sociale, alle carenze di un sistema di vita nel quale dominano il conformismo, il comportamento stereotipato e passivo ed in cui si giudica "pericoloso" essere originali e diversi.

"Pensiamo, crediamo che andare in montagna faccia bene : fa bene al fisico e alla mente. E' un ambiente che mette a dura prova non solo il paziente, ma anche l'operatore. Abbiamo,infatti, verificato che in montagna le cosiddette differenze sociali si annullano, tanto e' vero che e' bello e produttivo vedere un paziente che aiuta e incoraggia l'operatore ad arrivare alla meta : se questa non e' riabilitazione non so cosa possa essere." ( *ibidem* ).

Compiuto il salto antropologico, la psichiatria si accorge del vero protagonista che ha di fronte: non tanto della sofferenza, della malattia nelle sue varie manifestazioni

psicopatologiche, quanto della persona. E' l'Altro in quanto volto che soffre, che cerca, che chiede ed esige delle risposte. La montagna è il luogo dello svelamento del volto di ciascun partecipante, un volto che si dà solo nel rifiuto di "essere contenuto" in qualsivoglia forma stereotipata. In quest'ottica la riabilitazione psichiatrica diviene poesia, vocabolario dell'esistenza.

La montagna è amicizia perché consiste nel condividere i luoghi: di fronte a un paesaggio maestoso si sente più intenso il desiderio di comunicare ad altri il piacere di ciò che si è visto, quello stesso piacere che riemergerà più avanti nel tempo sotto forma di ricordo e di nostalgia. Per questo motivo la fotografia è stata da sempre, nel campo della riabilitazione, uno strumento espressivo privilegiato: la sua straordinaria potenzialità di rievocare con le immagini i luoghi visitati diventa di estrema importanza per il recupero della sfera emotiva. I pazienti, rivedendosi nel fotogramma, dopo due o tre mesi, recuperano la memoria di quello che hanno vissuto: "Sono stato capace, ho sofferto, dovrei migliorare in questo aspetto, dovrei fare di più".

Un altro aspetto che la montagnaterapia permette di recuperare è la dimensione spaziale e temporale. Lo spazio di chi soffre disturbi psichici gravi è uno spazio chiuso, ovattato e vissuto come ostile. Si è notato come i pazienti in escursione, pur a contatto con uno spazio completamente estraneo alla loro vita, sia per le dimensioni estreme ( 5000 mt.), che per la natura e la cultura, invece di inibirsi e di chiudersi ulteriormente in loro stessi, fossero capaci di riscattarsi dalla propria malattia muovendosi con sconcertante familiarità in quello spazio nuovo. Lo stesso vale per la dimensione temporale. Chi è soggetto a questi disturbi non conosce né passato né futuro: il suo tempo è immobile. La montagna costringe l'individuo al recupero del tempo: alzarsi presto al mattino ed accelerare i tempi per poter raggiungere alla sera il rifugio. Strettamente collegato al recupero della dimensione spazio-temporale c'è inoltre la riappropriazione del *sentire il proprio corpo*: un corpo che soffre, che fa fatica, che riesce ad accompagnarmi in questa realtà; un corpo che comincio a sentire mio, e che magari inizia ad organizzare la giornata occupandosi nuovamente degli oggetti della quotidianità : il sacco a pelo, lo zaino, la tenda. Incontrando persone e parlando con loro, condividendo dubbi e paure, frequentando rifugi e gruppi si riscopre una capacità di vita e di movimento, recuperando una "normalità" persa negli anni precedenti. Insomma, in montagna queste persone che soffrono di disturbi mentali si confrontano con problemi concreti, trasferiscono le loro paure dall'interno all'esterno, i loro dolori dall'anima al fisico, si confrontano con la valutazione degli ostacoli, si relazionano in

modo funzionale con un gruppo e sono gratificati dal raggiungimento di obiettivi riconoscibili: il rifugio, la vetta.

Ma cosa realmente fa della montagna un luogo di efficace riabilitazione? Come mai persone con gravi difficoltà psichiche a tal punto da provare paura nell'attraversare la strada o a recarsi nel negozio sotto casa, in un'altra dimensione assolutamente nuova, quella della montagna, sono capaci di muoversi con assoluta tranquillità e spontaneità? Sicuramente l'esperienza del gruppo. Un buon gruppo è terapeutico se permette di riannodare i fili che si sono rotti, di ridare un senso alle cose, un gruppo affettivo è uno strumento redentivo. Ma l'esperienza del gruppo si può fare anche in un contesto urbano. Dunque non è solo il gruppo. E' anche il fatto di essere lontani rispetto ai luoghi dove siamo connotati dagli altri, ma anche da noi stessi, come malati. Siamo in un posto nuovo, fuori dagli stereotipi, dai ruoli e dove, dunque, è possibile ricominciare da capo, riproporsi in maniera nuova rispetto alla realtà. Questo permette di riattivare, in maniera forte, le parti sane che anche l'ammalato più grave possiede. Ma anche questa situazione dell'incominciare da capo può capitare in un ambiente urbano. Dunque c'è qualcos'altro legato alla specificità della montagna. L'aspetto particolare della montagna, quella vivibile, non quella accessibile solo agli scalatori delle alte vette, è *la sensazione rassicurante di mamma che accoglie*. Di fronte alla montagna siamo tutti uguali, facciamo tutti la stessa fatica, siamo in grado di usufruire tutti delle stesse risorse, ci diamo una mano l'uno con l'altro. La montagna è una natura buona che accoglie e aiuta.

E' certamente vero che ritornando a casa, il rapporto tra la parte malata e quella sana può ancora invertirsi a discapito di quella sana, ma, comunque, rimane nella persona che soffre il ricordo di una esperienza importante, la consapevolezza di essere stata capace di vivere in maniera diversa e di essersi adattata ad una nuova realtà, ma soprattutto di avere allenato le parti sane e quindi pronta a rimetterle in atto in altre occasioni.

#### **10.4 . ASL DI ROMA E DI RIETI**

Uno dei propositi delle attività riabilitative dell'ASL di Roma e di Rieti, è quello di offrire agli utenti dei Servizi la possibilità di effettuare esperienze capaci di costituire un'occasione per i processi evolutivi. Perché ciò sia possibile, occorre, da un lato tenere conto delle inclinazioni e delle capacità di ciascuno, dall'altro essere in grado di proporre

un allargamento del campo di esperienze abituali, spesso ridotte e forzate. Risulta così necessario disporre di una gamma diversificata di proposte che possano spaziare attraverso diversi ambiti. Da vari anni alcune ASL del Lazio hanno iniziato, insieme con il Club Alpino Italiano di Roma, l'esperienza della montagna come percorso terapeutico riabilitativo perché integrativo alla terapia tradizionale.

Tra queste, il DSM dell'ASL RM E, e in particolare il centro diurno e la comunità di Montesanto, hanno sviluppato un metodo terapeutico basato sul significato psicologico e psicosociale dell' "andare in montagna", in cui gli operatori stessi sono guida e tramite per i pazienti, nello sperimentare nuovi stati d'animo e nuove situazioni legati alle "dimensioni trasformative della montagna".

Inoltre, da più un anno si è costituito un "Gruppo di lavoro per la montagnaterapia" a cui partecipano operatori di diverse realtà socio-sanitarie, pubbliche e private, del Lazio e l'area interdipartimentale di psicosomatica e psicologia ospedaliera dell'ASL RME e il CAI, sezione di Roma. Il gruppo di lavoro opera per promuovere e realizzare attività terapeutico-riabilitative di reintegrazione sociale, centrate sulla frequentazione dell'ambiente montano e sulla pratica dell'attività alpinistica o escursionistica.

La dimensione "trasformativa" è la capacità di produrre cambiamenti positivi che lo stare in luoghi e in situazioni diverse dal solito ha, nei confronti di alcune persone: soggetti con problematiche di isolamento, di disequilibrio del tono dell'umore, di dissociazione della personalità, e, in generale, presentanti patologie psichiatriche rilevanti.

Per montagnaterapia, così come è pensata dal gruppo che fa capo all'ASL di Roma e di Rieti, si intende una serie di attività di gruppo, svolte fuori dai luoghi di cura istituzionali, che tende a invogliare la persona a riprendersi cura di sé, a decidere la propria strada, a riconoscere se stessa, ma anche a leggersi diversa dagli altri e ad orientarsi nelle situazioni pratiche, ma anche nei propri affetti ed emozioni, all'interno di una situazione di vita che viene spesso riconosciuta come sterile.

## **10. 5. LA DIMENSIONE DELLA MONTAGNA**

Si possono segnalare sinteticamente alcuni aspetti rilevanti delle attività escursionistiche-alpinistiche del gruppo ASL RM e di Rieti, ai fini della pratica riabilitativa.

- 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" mentre, il silenzio e la solitudine facilitano il confronto con il mio "ambiente interiore"

- 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, .... )
  - La capacità e la necessità di diventare autonomi
  - Il sostegno del gruppo e la fiducia nei compagni e nella guida
  - La condivisione dell'esperienza
  - L'aver una "guida" ed il rapporto con essa
  - 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 esplorativa : l'incontro con il nuovo e lo sconosciuto
    - 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 globalità dell'esperienza che interessa la globalità fisica, sensoriale ed emotiva

## 10. 6 . STORIA DI UN PROGETTO

I primi contatti con il CAI , da parte delle ASL laziali, sono consistiti in una serie di incontri che hanno permesso di esplorare le reali disponibilità e la posizione istituzionale degli interlocutori. Da questi incontri sono emersi i criteri che sono poi serviti per impostare sistematicamente tutto il lavoro. Ci si è così potuti apprestare alla messa in opera di alcune fasi.

**Prima fase:** caratterizzata da un periodo di almeno quattro mesi di esperienze comuni ( gita ogni due settimane con guida CAI ). Tale fase è stata coronata simbolicamente con l'apertura di una sede del CAI presso la CTR Montesanto: la sede è stata denominata CAM ( Club Alpinistico Montesanto ). Ciò ha permesso di arrivare alla

**Seconda fase:** caratterizzata da una stabile periodicità delle gite ( bimensili per tutto il '98 e mensili per tutto il '99 ) e dalla effettuazione di una serie di soggiorni estivi in montagna con gradi leggermente più elevati di difficoltà escursionistica ( con annessi corsi

di orientamento in montagna, di auto-aiuto alpino e di rispetto floro-faunistico ); a questo punto è stato possibile passare alla

**Terza fase:** quella della riflessione teorica, della pubblicizzazione e della diversificazione degli interventi attraverso la realizzazione di alcuni convegni: “Montagna e solidarietà: esperienza a confronto” di Pinzolo del 1999, “Il Monte Analogico: seminario sulle psicosi” sempre del 1999 e “Montagna psiche e soma” svolto sul Monte Terminillo nello scorso 2003.

## **10.7 . DESTINATARI DEL PROGETTO E METODOLOGIA USATA**

Gli utenti possono avere età diverse purchè interessati alla frequentazione dell’ambiente montano e all’attività escursionistica e che possano trarre giovamento dall’esperienza.

Il lavoro svolto dall’ASL RM e da quella di Rieti viene pensato sull’arco di un anno, diviso in due semestri e rivolto ad operatori e utenti in maniera differenziata.

### **Primo semestre.**

1° livello: Operatori. Si individua la necessità di una funzione formativo-esperienziale volta alla creazione di un piccolo gruppo di lavoro composto da operatori motivati e sufficientemente preparati. Questo obiettivo può essere raggiunto attraverso:

- la partecipazione agli incontri mensili del gruppo di studio per la montagnaterapia
- la partecipazione a convegni specificamente orientati
- gli incontri con altri gruppi di lavoro già attivi
- la partecipazione diretta ad alcune attività realizzate da altri gruppi di lavoro

2° livello: Utenti. Si ravvisa l’opportunità di proporre un percorso di avvicinamento graduale alle attività in oggetto. Questo può essere realizzato prevedendo:

- momenti di sensibilizzazione, attraverso incontri con presentazione di esperienze, eventualmente illustrate e commentate con l’ausilio di sussidi audiovisivi
- realizzazione di brevi uscite in piccoli gruppi con accompagnatori del CAI o con esperti di altri gruppi già attivi

## **Secondo semestre**

Per ambedue i livelli.

Attività di uscita per esperienze organizzate autonome o semiautonome.

Si prevedono quattro gite mirate e due soggiorni brevi di tre giorni ciascuno.

## **10. 8. UNA PROSPETTIVA PREVENTIVA**

In questa proposta preventiva l'ASL RM E e quella di Rieti hanno sottolineato l'importanza di tre livelli:

### **1) livello strutturale**

La collaborazione fra una o più strutture del DSM si propone di allargare la destinazione d'uso della struttura stessa, promuovendo momenti di apertura al territorio e di continuo interscambio. In questo senso si può collocare la collaborazione su progetti comuni con obiettori di coscienza attivi presso il CAI ( o WWF, LIPU, ecc... ) e “prestati” al DSM. In prospettiva, nel vissuto della popolazione e degli stessi utenti ed operatori, il CTR non sarà solo una struttura sanitaria, ma, di volta in volta, assumerà la veste di sede del CAI, di centro culturale, di luogo per le manifestazioni pubbliche della LIPU o del WWF, di coordinamento dell'Associazione Volontari Ospedalieri e di sede dell'associazione di auto-aiuto “La Rondine”.

### **2) livello degli utenti**

Per gli utenti, il passaggio dallo spazio protetto comunitario, al momento ricreativo è rappresentato dalla condivisione di una comune passione, di un comune interesse ed obiettivo. In altre parole è come se venissero continuamente stimolati nuclei di desiderio, di aggregazione e di scambio su tutti i piani (non solo sul piano terapeutico o della dipendenza)

### **3) livello degli operatori**

In primo luogo la prospettiva preventiva che ci interessa è quella volta ad evitare il burn-out, potenzialmente sempre annidato nelle unità operative, e, soprattutto, nelle strutture residenziali, mediante la possibilità, per gli operatori, di assumere ruoli diversi nelle diverse fasi del cammino terapeutico. Accade così, ad esempio, che un infermiere

diventi presidente di una cooperativa sociale, che una psicologa riveda la sua collocazione professionale, che un medico percepisca fino in fondo i limiti dell'operare clinico.

#### **10. 9. LINEE GUIDA PER UNA MONTAGNA COME “RISORSA TRASFORMATIVA”: SINTESI DEL COLLOQUIO AVUTO CON IL DOTTOR GIULIO SCOPPOLA COORDINATORE DEL PROGETTO MONTAGNA DELL’ASL RM E**

La montagna può diventare una risorsa trasformante fondamentale, quando segue delle precise linee guida. Molto importante è l'accoglienza del paziente. Con l'équipe curante occorre valutare l'invio e lo stato clinico. E' importante essere consapevoli dello stato fisico, delle abilità e dell'autonomia del paziente in relazione all'ambiente di vita comunitaria. Non bisogna dimenticare la famiglia di provenienza e il contesto sociale d'appartenenza del soggetto da riabilitare. Dopo tutto ciò si valuterà la scelta di un'attività adeguata ( orientamento). Il periodo di accoglienza ha la durata di due settimane.

L'inserimento, che dovrebbe avvenire entro un mese dal primo incontro con l'inviante, dovrebbe durare tre o quattro mesi. Durante questo periodo, viene definito un progetto e la programmazione dell'attività; anche la famiglia viene coinvolta nella stesura del programma. Nel frattempo il soggetto prende gradualmente parte alle proposte in cui anche la rete sociale ha voce in capitolo.

Durante gli interventi riabilitanti sono importanti i gruppi multifamiliari psicoeducazionali e di feed back dell'esperienza. Gli interventi paralleli, mirati sul paziente e sul gruppo, sono relativi ad una graduale presa di coscienza del proprio corpo e della cura di sé, alla gestione delle proprie capacità di funzionamento, all'accettazione e al rispetto delle regole, all'autostima e alla capacità di relazionarsi e di confrontarsi con gli altri ( compresa la capacità di comunicare e la consapevolezza di sé e degli altri), alla creazione di rapporti di fiducia e allo sviluppo di processi di auto-mutuo aiuto nel gruppo (acquisizione della consapevolezza della possibilità di dare e di ricevere). Gli interventi favoriscono anche lo sviluppo della capacità di adeguarsi ad un lavoro organizzato e di mantenimento dei ruoli, pure attraverso la crescita di una certa flessibilità interna che permetta l'adattamento a contesti in cui prevalgono elementi d'incertezza, la nascita di capacità di gestione delle frustrazioni e delle gratificazioni attraverso il “ mettersi alla prova” in



situazioni di “sfida”; notevole è anche lo sviluppo di capacità superiori: comunicazione e condivisione delle emozioni, creatività, fiducia, progettualità, mantenimento e finalizzazione di obiettivi comuni, capacità di attingere alle proprie “riserve”, risoluzione di problemi e comportamento leale.

Bisogna sempre mantenere i contatti con l'équipe curante per avere il feed back sull'esperienza. La durata di questi interventi paralleli dipende dalle problematiche derivanti dal grado di disabilità presentata dall'utente: non meno di quarantotto mesi, per pazienti non molto deteriorati; oltre quarantotto mesi, per pazienti altamente deteriorati (con obiettivi limitati alla riduzione della sintomatologia e dell'isolamento sociale, al miglioramento della qualità della vita e al contenimento dei costi di gestione della malattia).

Gli obiettivi di questa terapia sono parecchi: dalla riduzione della sintomatologia e delle ricadute, alla riduzione dei ricoveri, dalla diminuzione delle crisi familiari al minor isolamento sociale, fino alla riattivazione delle capacità di funzionamento personale e sociale, comprese le capacità di avviamento e di inserimento nel mondo del lavoro, al miglioramento della qualità della vita, alla riduzione dei costi di “gestione della malattia”.

Un aspetto fondamentale delle esperienze “oltre le mura” è il fatto che rappresentino un potente stimolo allo sviluppo. Inoltre, in queste attività, la prestazione risulta, per il paziente, meno stressante perché inserita in un contesto di quasi gioco (avventura) e diluito dall'aspetto grupppale.

Le esperienze nel territorio possono essere chiave d'accesso a possibilità di interazioni altrimenti impossibili, ad occasioni di scambio evolutivo e di facilitazione degli aspetti di collaborazione tra il “sistema utente” e il “sistema curante”. L'operatore stesso impara dall'esperienza “sul campo”, conoscendo in maniera più diretta ed umana il paziente e la sua realtà problematica.

Appare indispensabile la presenza di una figura direttiva fuori del circuito clinico, come un collaboratore “esterno” con funzioni di direttore tecnico.

Il coinvolgimento di risorse non sanitarie comunitarie e territoriali, pubbliche e private, deve avvenire attraverso interventi sul e nel sistema di cui il paziente è parte integrante. Non va sottovalutato l'aspetto medico-clinico. E' necessario approntare una cartella medico-sportiva che rilevi e valuti anche le variabili clinico-fisiologiche con tutti gli adeguati controlli ematochimici e strumentali. I progetti di Montagnaterapia possono e devono essere affiancati da progetti di collocazione nel mondo del lavoro.

Un altro punto cardine riguarda la valutazione e la verifica periodiche dei progetti e dei risultati, attraverso anche la ricerca di indicatori specifici di esito. Questo può portare certamente ad un miglioramento continuo della qualità e dell'efficacia degli interventi. E' raccomandabile che gli strumenti di valutazione debbano essere ridotti all'essenziale in modo da renderne l'uso semplice e concreto, affinché i programmi di valutazione diventino parte integrante delle attività...".

Appare altamente auspicabile la formazione di partnerships con enti ed associazioni nazionali e società scientifiche. Infine, ma non ultimo come importanza, appare utile la creazione di un circuito nazionale sia come occasione di pratica terapeutica riabilitativa che come occasione di confronto e di aggiornamento continuo.

Per ogni buona pratica di riabilitazione psicosociale e per i progetti rivolti all'integrazione sociale, la parola chiave è: contaminazione che contiene, al suo interno, le parole evocative come:

reciprocità: intesa come creazione di relazioni altamente significative;

condivisione: di progetti, di esperienze, di obiettivi, ma anche di emozioni e di sentimenti;

collaborazione: in cui tutti fanno tutto per tutti, si matura insieme, con coscienza;

solidarietà: che unisce e crea legami affettivi e di fiducia; un agire comune;

partecipazione: che significa esserci davvero.

## **11. CONCLUSIONI**

Considerando che il traguardo dello psicotico in generale e in maniera particolare dello schizofrenico è lo star bene da solo, in quanto per loro l'isolamento ha una funzione protettiva contro le relazioni frustranti (isolamento affettivo), il coinvolgimento di questo tipo di paziente, in un'esperienza di gruppo, per di più in un ambiente non collaudato, come quello della montagna, non può prescindere da alcuni momenti di preparazione, di selezione e di valore dell'impresa.

### **11. 1. PREPARAZIONE DEL GRUPPO**

La prima avvertenza che bisogna avere nei confronti del gruppo consiste nel misurare le abilità fisiche e tecniche dei vari componenti. Sarebbe impensabile portare dei pazienti che hanno turbe della psicomotricità o sono affetti da forme ipercinetiche in montagna. Occorre che i pazienti possiedano le caratteristiche elementari per intraprendere un cammino: coordinazione dei movimenti, volontà di superare la fatica e desiderio di raggiungere la vetta, senza ritirarsi alle prime difficoltà. Diventano necessari, a mio avviso, alcuni incontri di preparazione dove si cerca di stimolare il paziente a riattivare aspettative e desideri. La finalità di questi incontri è anche quella di verificare se il paziente possiede quelle doti immunitarie che garantiscano all'individuo stesso l'espressione della sue potenzialità, anche in un clima non sempre facile: può capitare che in montagna il soggetto debba difendersi da alcuni momenti di crisi o saper gestire la propria affettività nella disponibilità all'accoglienza o alla tolleranza. La montagnaterapia non è adatta a quei pazienti che, davanti all'idea di affrontare una così esigente impresa, subiscono una ulteriore inibizione o a quei soggetti, altamente scontrosi, perché rovinerebbero il clima di serenità necessario all'interno del gruppo. Non dobbiamo mai dimenticare che la montagnaterapia assume forza dalla psicologia positiva del gruppo. Inoltre risulta necessario sottoporre i soggetti malati, ma anche gli operatori, ad una adeguata preparazione atletica, in palestra o all'aperto, per creare quelle condizioni psico-fisiche necessarie per affrontare l'impresa. Infatti, se il paziente, mentre cammina, dovesse sentirsi mancare le forze o avere difficoltà respiratorie dovute all'impreparazione fisica, questo contribuirebbe ad un aumento dell'ansia e quindi ad un fallimento di tutta l'operazione. Per evitare un'attivazione esagerata dell'ansia, sarebbe utile per il paziente assistere ad incontri

tenuti da esperti della montagna ( guide CAI ) sulla modalità del camminare, sulla regolazione respiratoria e cardiaca e sulla spiegazione della tipologia del sentiero: una conoscenza a priori del percorso equivale ad una stabilizzazione dell'umore e della paura.

Nel gruppo ci sono sia i pazienti che gli operatori; anche per questi ultimi è necessario un cammino di formazione. L'operatore deve possedere quelle abilità psicoterapiche e farmacologiche che lo rendano capace non solo di comprendere i problemi del paziente, ma anche di intervenire attivamente e in modo risolutivo davanti ad una eventuale crisi in montagna. Per questo motivo i gruppi di terapia di montagna da me contattati a Roma , a Rieti e a Bergamo erano sempre costituiti da un medico psichiatra, da uno psicologo, da alcuni infermieri e dalle guide CAI. Inoltre, l'operatore dovrebbe essere un vero educatore nel senso etimologico della parola, "educere", cioè tirar fuori il meglio della persona e saper trasmettere le modalità di comportamento più idonee a mantenere l'autostima. Se l'operatore sarà in grado di giocare bene le sue carte, cioè se sarà capace di porsi come modello di una "umanità" sana e accattivante, allora il tempo trascorso insieme ai pazienti nel camminare, nel mangiare, nel dimorare nel rifugio potrà veramente trasformarsi in un tempo di grazia e di rigenerazione( Kairos ). È inutile dire che gli operatori vicini alla fase di stallo definita " burn out " non sono le persone più idonee a questo tipo di terapia: è troppo coinvolgente.

## **11. 2. SELEZIONE DEL GRUPPO DEI PAZIENTI**

Perché il gruppo possa essere preparato in modo adeguato occorre compiere un discernimento circa le caratteristiche necessarie per poter partecipare a questa terapia.

Innanzitutto il paziente deve godere di una buona salute fisica: è utile avere un referto medico specialistico sulle normali condizioni cardiologiche e respiratorie. Dal punto di vista della malattia psichiatrica, il paziente non deve assolutamente trovarsi nella fase acuta, bensì in quella compensata da trattamenti farmacologici e psicoterapeutici. Inoltre ciò che viene richiesto ai partecipanti è di essere compiacenti alla terapia: andare in montagna deve essere qualcosa che piace in modo da unire "l'utile al dilettevole". Il gruppo, una volta formato, dovrà apparire come un'entità omogenea, non tanto nella tipologia della malattia, bensì nelle sue caratteristiche fisiche. Sarebbe anche utile far convivere il gruppo, per un certo tempo, in una struttura protetta per vagliare ed escludere quelle dinamiche relazionali troppo aggressive

### 10. 3. VALORE DELL'IMPRESA

Per rendere la terapia il più efficace possibile bisogna rispettare alcune avvertenze.

La prima consiste nel saper calibrare bene le distanze fisica e psicologica nei confronti dei pazienti. È noto che per lo schizofrenico gli altri siano ostili, estranei e nemici; sono persone con cui non vale la pena avere relazioni e l'isolamento che il malato crea attorno a sé è una protezione contro relazioni frustranti. Lo schizofrenico preferirebbe essere lontano da tutto ciò che è convenzionale: vorrebbe distruggere il mondo così com'è e rifarlo più consono ai suoi desideri. Essere troppo presenti o troppo invadenti, in questo caso significherebbe compromettere tutta l'operazione. In linea di massima ciò che si chiede all'operatore è una giusta distanza. L'operatore "esperto escursionista" diventa un modello frustrante di riferimento perché troppo distaccato, mentre quello del "sei come me" incrementa il livello di ansia per l'impresa da affrontare. La distanza discreta è quella dell'operatore che, al momento opportuno, è capace di prendere in mano la situazione critica e di renderla stabile.

La seconda avvertenza consiste nella capacità della guida di adeguare il suo comportamento in riferimento al malato che ha di fronte. Essendo l'ideale del Sé schizofrenico l'essere perfetto e divino, è necessario fare attenzione a dare un valore non competitivo all'impresa, non esasperare l'agonismo, ma piuttosto l'aspetto ludico e rituale ( passo dopo passo per assaporare il gusto dell'impresa) e dello stare insieme. Non bisogna permettere che il percorso diventi una ulteriore fonte di eccessiva sollecitazione e gratificazione a livello "fantastico" per non alimentare stati acritici di onnipotenza, ma che solleciti il soggetto alla curiosità e alla solidarietà di gruppo.

La terza attenzione consiste nel porre il tempo e lo spazio in un rapporto ben precisato: dire al paziente che il percorso ha una lunghezza e un tempo determinato riduce l'ansia perché offre al paziente dei confini entro i quali convogliare le proprie emozioni.

Una quarta preoccupazione dell'operatore verte nell'importanza del senso di appartenenza al gruppo. Per facilitare questo obiettivo è importante che in alcune circostanze si verifichi un ribaltamento dei ruoli tra operatori e pazienti per dare corpo all'idea dell'esistenza di un confronto e di un rapporto tra pari oppure proporre al gruppo, nei momenti escursionistici, un abbigliamento simile per tutti ( tute uguali) con il proprio nome o un cartellino con un simbolo che ha un valore particolare per il soggetto ( fiore,

tronco, ramo, aquila ). Il sentirsi appartenenti ad un gruppo facilita poi l'adeguamento alle regole sociali.

Una quinta attenzione consiste nell'aiutare il paziente ad affrontare gli aspetti avversi attraverso la cooperazione, valorizzando le capacità creative di ognuno ( emulazione ) e ridimensionando le aspirazioni nei rapporti diretti con i compagni.

E in ultimo, ma non meno importante, aiutare il paziente a valorizzare il ritorno a casa. Esso consiste nello stimolare il soggetto a far sì che l'esperienza appena compiuta non rimanga isolata e non comunicata: durante la discesa risulta prezioso effettuare delle soste dove si offre al paziente un tempo utile e necessario alla sedimentazione dell'esperienza. Così come risulta importante realizzare, durante il cammino, un servizio fotografico o una videoregistrazione da rivedere insieme dopo alcuni giorni per riallacciare quei frammenti di spazio e di tempo non ancora unificati o per far emergere il senso della propria storia, non come priva di sentimenti, ma ancora capace di empatia.

Se questi aspetti saranno presi in esame seriamente e se ci sarà da parte dell'operatore un desiderio di uscire da una riabilitazione chiusa e stereotipata, allora la montagnaterapia potrà essere una grande occasione di guarigione.

## BIBLIOGRAFIA

1. Adler A., *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994
2. Adler A., *Cosa la vita dovrebbe significare per noi*, Newton Compton, Roma 1994
3. Adler A., *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971
4. Anceschi L., Manganaro P., *Prima introduzione alla Critica del Giudizio*, Laterza, Bari 1984
5. Bachelard G., *L'intuition de l'instant*, Denoal, Paris 1971
6. Bergeret J., *Psicologia patologica*, Masson, 1998
7. Borgna E., *L'arcipelago delle emozioni*, Feltrinelli, Milano 2001
8. Bosio G., Dal Covolo E., Maritano M., *Introduzione ai Padri della Chiesa. Secoli I e II*, Strumenti della «Corona Patrum» 1, SEI, Torino 1999
9. Buber M., *Il cammino dell'uomo*, Edizioni Qiqajon, Biella 1990
10. Burke E., *Inchiesta sul Bello e il Sublime*, Aesthetica, Palermo 1987
11. Cattorini A., Cattaneo E., *Il viandante medioevale*, in *Il Segno*, marzo 1999
12. Cattorini A., Cattaneo E., *La sindrome di Stendhal*, in *Kos. Rivista di scienza e etica*, Nuova serie n. 50, novembre 1989, 58-59.
13. Cattorini A., Cattaneo E., *Nostalgia. Storia di un sentimento*, in *Kos. Rivista di scienza e etica*, Nuova serie n. 98, novembre 1993, 56-57
14. Cazzullo G., Clerici M., Bertrando P., *La schizofrenia*, Franco Angeli, Milano 1994
15. Combi M., Geraci M., Lombardi L., *La sacra Città*, Moltemi, Roma 1999
16. Dagna Campagnoli P., *Un mito letterario: Ulisse*, Il Capitello, Torino 1997
17. Eliade M., *Trattato di storia delle religioni*, Bollati Boringhieri, Torino 2001
18. Geraci M., Lombardi L., *La sacra Città*. Moltemi, Roma 1999
19. Hartig T., Mang M., Evans G., *Restorative effects of natural environment experiences*, in *Environment and Behavior*, 1991, 23, pp. 3-26
20. Joutard P., *L'invenzione del Monte Bianco*, Einaudi, Torino 1993.
21. Kafka F., *Tutti i racconti*, vol. II, Mondadori, Milano 1970
22. Langella G., *Ascensioni umane*, Grafo, Brescia 2002
23. Laumann K., Garling T., Stormark K., *Rating scale measures of restorative components of environments*, in *Journal of Environmental Psychology* 2001, 21, pp.31-44

24. Leed E.J., *La mente del viaggiatore. Dall'Odissea al turismo globale*, Il Mulino, Bologna 1992
25. Lucchini P., *Kilimanjaro*, collana Il Germoglio, Bergamo 2003
26. Lucchini P., *Liberamente in Patagonia*, collana Il Germoglio, Bergamo 2003
27. Marcel G., *Homo Viator*, Borla, Roma 1980
28. Martini C. M., *Sto alla porta*, Centro Ambrosiano, Milano 1992, 24-25
29. Muir J., *Mia prima estate sulla Sierra*, Vivalda Editori, Torino 1995
30. Nancy C., *Schizofrenia*, Centro Scientifico Editore, Torino 1998
31. Nouwen J.M., *Il guaritore ferito, Queriniana, Brescia 1991*
32. Pessoa F., *Poesie di Álvaro de Campos*, Adelphi, Milano 1993
33. Ping-Nie P., *Disturbi schizofrenici*, Cortina, Milano 1995
34. Prete A., *Nostalgia. Storia di un sentimento*, Cortina, Milano 1993
35. Rousseau J., *Emilio*, libro I, in *Opere*, a cura di P. Rossi, Sansoni, Firenze 1989
36. Sant'Agostino, *Le Confessioni*, Rizzoli, Milano 1981
37. Sarteschi P., Maggini C., *Manuale di psichiatria*, Monduzzi Editore, 1982
38. Terray L., *I conquistatori dell'inutile*, Dell'Oglio, Milano 1977
39. Tomisich M., Confalonieri E., *Raccontare e raccontarsi nei Centri socio-educativi*, Franco Angeli, Milano 1999
40. Van Gennepe A., *I riti di passaggio*, Bollati Boringhieri, Torino 1996
41. Zolla E., *Uscite dal mondo*, Adelphi, Milano 1995