



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione
Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo**

Tesi di Laurea Magistrale

**Montagnaterapia e Tossicodipendenza: un supporto ad un
parenting disfunzionale.**

Mountain-Therapy and Drug Addiction: support for dysfunctional
parenting.

Relatrice

Prof.ssa Irene Leo

Laureanda: Arianna Segà

Matricola: 1204452

Anno Accademico

2019/2020

Indice

Introduzione

1. Outdoor Education: la Montagnaterapia

1.1	Outdoor Education	p.05
1.2	Adventure Therapy	p.12
1.3	La Montagna	p.13
1.4	La Montagnaterapia	p.17
1.4.1	Storia	p.19
1.4.2	Specificità	p.21
1.4.3	Effetti	p.24
1.4.4	Letteratura scientifica	p.30

2. La genitorialità nella Tossicodipendenza e Montagnaterapia

2.1	La genitorialità	p.33
2.2	Tossicodipendenza e genitorialità	p.41
2.3	Tossicodipendenza e Montagnaterapia	p.52
2.3.1	Gruppo Avventura	p.55

3. La ricerca

3.1	Obiettivi dello studio	p.65
3.2	Partecipanti	p.65
3.3	Strumento	p.66
3.4	Procedura Sperimentale	p.68
3.5	Risultati	p.69
3.6	Discussione	p.73

Conclusioni

Bibliografia

Introduzione

*«Scalare non serve a conquistare le montagne; le montagne restano immobili, siamo noi che dopo un'avventura non siamo più gli stessi.»
(Royal Robbins)*

La scelta di affrontare questo tipo di argomento è frutto di una passione ed interesse personale: da parecchio tempo esploro la montagna, attraverso attività diverse, e ogni volta ne rimango affascinata per quanto essa possa arricchirmi e farmi sentire viva e cambiata. La mia personalissima esperienza mi ha permesso di cogliere direttamente il potere trasformativo che l'attività montana può offrire e ho constatato che può essere una grande fonte di supporto poiché agisce sulla persona in modalità molto soggettive.

Un anno fa ho scoperto la Montagnaterapia per puro caso e, colta da moltissima curiosità, ho deciso di approfondire questo approccio innovativo iniziando a partecipare alle varie riunioni delle macrozone, contattando i responsabili della Macrozona Veneto - Friuli Venezia Giulia e Lombardia e informandomi sempre di più sui vari progetti attivati.

Più di tutti, ha attirato molto il mio interesse un progetto proposto presso Casa Aurora, Comunità Terapeutica Riabilitativa Psichiatrica di Mestre: questa

comunità ospita madri, anche giovanissime, che presentano principalmente un disturbo da dipendenza e sono accolte insieme ai loro bambini. A queste mamme vengono proposte delle uscite mensili in montagna: alcune sono dedicate solo a loro, mentre in altre vi partecipano assieme ai figli. In questo modo si può agire sia a livello personale sia a livello della diade, incentivando il rafforzamento di alcuni aspetti relazionali. L'obbiettivo di questa tesi è la valutazione dell'efficacia di questo progetto innovativo, soffermandosi principalmente su quanto questo tipo di attività possa agire e ridurre lo stress genitoriale.

Nel primo capitolo viene presentata una panoramica generale dell'Outdoor Education per poi introdurre l'Adventure Therapy e di conseguenza, la strutturazione della Montagnaterapia, esponendone le varie peculiarità, le varie fasi che hanno determinato la sua nascita e la letteratura scientifica inerente.

Nel secondo capitolo, invece, è stata indagata la funzione genitoriale e la relazione con il bambino soffermandosi sui diversi fattori che possono incidere profondamente in queste dinamiche. Nello specifico è stato analizzato l'impatto che il Disturbo da uso di sostanze può avere sulla relazione con il bambino e il suo sviluppo, considerando i vari rischi associati, e viene delineato il progetto oggetto di analisi.

All'interno del terzo capitolo sono presentati i dati e le modalità di rilevazione adottate e nel quarto capitolo vengono delineati i risultati ottenuti e la relativa discussione.

Outdoor Education: la Montagnaterapia

1.1 Outdoor Education

Il termine Outdoor Education -educazione all'aperto-, è definito come l'insieme delle pratiche educative svolte nell'ambiente esterno che diventa ambiente educativo (Farnè, 2014).

È un innovativo approccio pedagogico che pone il focus sull'ambiente: esso diventa sia luogo in cui ci si può rilassare grazie ai suoni peculiari della natura, sia oggetto d'insegnamento, poiché, tramite la presenza di stimoli naturali genuini, il bambino può apprendere in maniera partecipativa secondo il principio del "learning by doing"¹ (Szczepanski, 2006).

In un secondo momento, è fondamentale predisporre un momento dedicato all'elaborazione che permette di «*portare dentro ciò che si è trovato fuori*» per favorire il consolidamento dell'esperienza di outdoor (Farnè, 2015).

¹ Locuzione formulata da Dewey all'interno della sua opera "Democrazia e educazione" nel 1916 e significa "imparare facendo". Negli corso degli anni chiarirà che l'utilizzo di un metodo più manuale non deve sostituire completamente lo studio teorico con i libri, ma deve essere da supporto, inglobandolo in esso.

In letteratura ci sono molti autori che, tra il diciottesimo e l'inizio del ventesimo secolo, propongono delle concezioni molto innovative sull'infanzia, favorendo così la nascita dell'Outdoor Education odierno.

Primo fra tutti è Jean - Jacques Rousseau: filosofo, scrittore e musicista svizzero che a metà del 1700 stravolge la pedagogia del tempo con la pubblicazione di "Emilio o dell'educazione", definendo che l'obiettivo dell'educazione è quello di fare di Emilio «*innanzitutto un uomo*». All'interno dell'opera attribuisce molto rilievo alla campagna e alla natura come contesti prediletti per educare perché permettono di mantenere il più possibile l'ingenuità ed l'integrità, di incentivare lo sviluppo e l'uso dei sensi in maniera ottimale e di arricchire il processo formativo tramite l'interazione con gli stimoli naturali:

«Se non ha lungamente percorso pianure aride, se i suoi piedi non sono stati bruciati dalle sabbie ardenti, se non è mai stato oppresso dal riverbero soffocante delle rocce arroventate dal sole, come potrebbe apprezzare l'aria fresca di una bella mattina? Come potrebbe il profumo dei fiori, lo splendore del verde, l'umido vapore della rugiada, il dolce e morbido tappeto che il prato offre al piede incantare i suoi sensi? Come potrebbe il canto degli uccelli procurargli un'emozione voluttuosa, se gli accenti dell'amore e del piacere gli sono ancora sconosciuti? Con quali trasporti vedrebbe nascere una così bella giornata, se la sua immaginazione non sa evocargli quelli di cui la si potrebbe riempire? Come potrebbe infine intenerirsi sulla bellezza dello spettacolo della natura se ignora quale mano ha avuto di ornarla?»².

Questo estratto dell'opera esprime al meglio quello che Rousseau definisce "educazione delle cose" che consiste nel far fare all'individuo esperienze soggettive e concrete delle cose e del mondo che lo circonda per acquisire al meglio il concetto che sta apprendendo. Insieme a questa educazione, il filosofo delinea altri due tipi di educazione: "educazione della natura", che riguarda la conoscenza e il potenziamento del proprio corpo e degli organi, ed "educazione degli uomini", ossia l'apprendimento delle conoscenze e degli usi e costumi della propria cultura (Chiosso, 2012). Risultano, quindi, fondamentali le figure

² Rousseau, J. J. (1762, edizione del 2006). *Emilio*. Laterza, Bari, pp. 186-187.

dei genitori e dell'educatore poiché devono favorire esperienze valide per lo sviluppo del ragazzo.

Le affermazioni di Rousseau sono talmente innovative e all'avanguardia da influenzare considerevolmente il pensiero di Johann Heinrich Pestalozzi, pedagogista e riformista svizzero che, in "Diario sull'educazione del figlio"³, inserisce la natura all'interno dell'educazione del figlio e scrive: *«condurrà tuo figlio nella libera aula della natura, tenendolo per mano, e gli farai lezione sul monte e nella valle. In questa libera scuola il suo orecchio si aprirà anche a quell'insegnamento che tu intendi dargli. Alle difficoltà del linguaggio e della geometria porrà rimedio la libertà: ma in queste ore sia maestra la natura più che tu stesso»*. Pestalozzi è convinto che la natura sia in grado di superare le restrizioni imposte dall'istruzione cittadina sostenendo che: *«è l'ambiente esterno privilegiato nel quale l'allievo, accompagnato dal suo maestro, può fare esperienza, apprendere a partire dai sensi e sviluppare in modo graduale le sue capacità»*. Allo stesso tempo, si discosta parzialmente dal pensiero di Rousseau affermando che nei momenti di studio è importante non farsi distrarre dalla natura, la quale può risultare anche un ostacolo. Quindi, specifica che proporre solo libertà è un metodo educativo che non può essere condiviso perché si potrebbe creare uno stile di pensiero troppo astruso (Potestio, 2017). Altro autore contemporaneo a Pestalozzi è Friedrich Frobel, pedagogista tedesco, il quale definisce l'importanza della natura andando a delineare l'obiettivo che, secondo lui, dovrebbe assumere l'educazione: *«la conoscenza della natura nella molteplicità delle sue forme e delle sue configurazioni»*, al fine di sviluppare l'autorealizzazione personale (Frobel, 1826). Rifacendosi all'educazione di Rousseau, afferma che i bambini: *«crescono come giovani piante e piccoli animali cui diamo spazio e tempo, nella consapevolezza che bene si sviluppano e bene crescono secondo le leggi operanti in ciascuno*

³ Opera scritta da Pestalozzi in cui descrive l'educazione del figlio Jaqueli secondo le indicazioni poste in Emilio.

singolarmente» e su questo principio sviluppa l'idea del "Kindergarten"⁴ (Chiosso, 2012).

Successivamente, un altro autore che promuove una nuova ideologia di infanzia ed educazione è Dewey che afferma: «*Ogni processo conoscitivo è un impegno di trasformazione della realtà da parte dell'uomo. Significati che emergono delineano nuovi metodi di trasformazione e di operazione in vista di rendere la realtà più conforme agli scopi umani*»⁵. L'autore diviene la figura cardine dell'Attivismo Pedagogico, una nuova pedagogia in cui delinea i concetti di scuola attiva, un ambiente educativo che risalta le risorse personali degli alunni, e di learning by doing che nel corso del Novecento si espande in tutta Europa anche tramite le figure di Claparède e Montessori.

Nei suoi scritti, rifacendosi anche a Rousseau, Dewey attribuisce fondamentale importanza al ruolo dell'esperienza, definendo la "teoria dell'esperienza", che rappresenta essere il punto d'incontro tra l'essere umano e la natura, stabilendone un'influenza reciproca e definendo che l'uomo deve imparare a gestire questo rapporto e questa influenza e cogliere in maniera funzionale gli stimoli naturali. Quindi, il processo conoscitivo, per essere all'altezza di questi obiettivi, deve basarsi su un'azione attiva, che permetta di acquisire varie conoscenze teoriche in maniera partecipativa e solo in questo modo la persona diventerà un soggetto attivo che non si adatta all'ambiente circostante ma lo trasforma.

Sulla base dell'attivismo pedagogico, soprattutto gli aspetti di "learning by doing", di "esperienza attiva" di Dewey e di Rousseau, Pestalozzi e Froebel, si sviluppa l'Outdoor Education moderno.

L'outdoor education (OE) è un costrutto culturale e, per questo motivo, può essere concepito in modi diversi in tutta Europa, comportano anche la mancanza di un'unica definizione condivisa in letteratura (Szczepanski, 2009). La definizione più esplicativa è quella fornita dal *National Center for Outdoor*

⁴ Giardino d'infanzia, istituto creato nel 1840 a Bad Blankenburg per bambini dai 3 ai 6 anni e si basa sul principio che i bambini hanno bisogno di imparare tramite i loro sensi e l'attività fisica.

⁵ Chiosso, 2012, p. 314.

Environmental Education and Health (NCU)⁶ che si articola su due punti. Il primo definisce l'Outdoor Education come un approccio avente lo scopo di assicurare un apprendimento che sia in relazione tra l'esperienza e la riflessione, basato su esperienze reali in situazioni autentiche. Il secondo punto colloca questo approccio sia nell'ambito della ricerca interdisciplinare sia nell'ambito educativo, che comprende a sua volta tre specifiche: (a) lo spazio di apprendimento oltrepassa il tradizionale indoor per essere inserito nel contesto naturale, sociale e culturale; (b) porre il focus sull'interazione tra esperienza sensoriale e il concetto teorico studiato nel libro; (c) risaltare il valore del posto in cui si è (NCU,2004).

L'ambiente naturale da un lato può offrire la promozione della salute e il benessere in tutta la popolazione, dall'altro, è anche un luogo carico di stimoli che consente l'avvicinamento e la gestione di diversi aspetti interiori della persona, che, nella quotidianità frenetica in cui siamo inseriti, facciamo fatica a cogliere. A conferma di ciò, alcuni autori affermano che *«impariamo sempre più a conoscere il mondo e sempre meno a sperimentarlo, impariamo a dare un nome alle cose e sempre meno a toccarle, impariamo a leggere storie e avventure e sempre meno a viverle»* e hanno delineato il Deficit di Natura che non riguarda una classificazione diagnostica vera e propria, ma indica le conseguenze fisiche e psichiche dovute all'allontanamento dell'uomo dalla natura. (Bertolasi et al, 2015; Rossini et al, 2015)

Dillon e colleghi, all'interno di un loro studio del 2004, riassumono che questo tipo di attività tratta nello specifico quattro ambiti: cognitivo, affettivo, interpersonale e fisico e comportamentale.

L'ambito cognitivo considera l'opportunità dei soggetti di acquisire conoscenze, anche in maniera olistica, sviluppare capacità riflessive, osservative, attentive e l'uso dei sensi in maniera consapevole, in modo tale da rendere la persona critica e cosciente di ciò che la circonda.

L'ambito affettivo riguarda la possibilità che l'ambiente concede di confrontarsi con la percezione di sé, i valori, le credenze, le emozioni e i pensieri intrusivi,

⁶ Centro di Educazione Ambientale all'Aperto e della Salute dell'Università di Linköping, in Svezia.

favorendo lo stato di catarsi e imparando a gestire e a liberarsi da turbamenti e angosce (Olivieri, 2016).

L'ambiente agisce anche nell'ambito interpersonale poiché propone attività in cui si richiede di raggiungere un obiettivo comune, favorendo così le abilità di leadership, di cooperazione, di comunicazione e confronto all'interno del gruppo, ma anche comunicare con persone che non si conoscono.

Invece, a livello dell'ambito fisico e comportamentale si considera la possibilità di gestire e conoscere il proprio corpo, sviluppandone una propria percezione, una propria padronanza e una propria idea di spazio e di movimento. (Mårtensson, 2004; Szczepanski, 2006.) Ciò determina l'esercitazione della motricità fine, il miglioramento della propria salute fisica e dei comportamenti sociali verso gli altri (Donati, 2012; Valentini et al, 2019). Sono tutti aspetti che non vengono stimolati a dovere in un contesto indoor e favoriscono la scoperta tramite l'autonomia e la curiosità.

Considerando che l'OE permette di agire su tantissimi aspetti, tra cui il miglioramento della consapevolezza di sé e l'aumento della sostenibilità, risulta fondamentale riuscire ad integrare la natura nell'approccio scolastico tradizionale, adoperandosi per inserirla come risorsa e non come "tempo sottratto allo studio in aula", e negli interventi educativi e terapeutici. (Kaplan & Kaplan, 1994; Olivieri, 2016 ; Valentini et al, 2019; Szczepanski, 2009; Wells & Kristi, 2006)

In questo modo si cerca di incentivare il *«benessere dei bambini, ben-essere inteso anche come stare bene con sé, con gli altri, con le cose, con l'ambiente, natural-mente»* (Beames et al, 2011; Valentini et al, 2019).

Questo cambiamento è stato supportato anche dai risultati ottenuti in alcune ricerche di neuroscienze, in cui è stato dimostrato che la staticità dell'insegnamento e degli interventi tradizionali possono sfavorire l'apprendimento. Olivieri nel 2016 afferma che *«l'esercizio fisico incoraggia il cervello a funzionare al suo livello ottimale di capacità, favorendo così la moltiplicazione dei neuroni e il rafforzamento delle connessioni neurali, con l'effetto "collaterale" di amplificare le capacità intellettuali»* e specifica che: *«Quando un individuo siede per più di 15 minuti, il sangue inizia ad ammassarsi*

nei tendini e nei muscoli dei polpacci, sottraendo dal cervello l'ossigeno e il glucosio necessari. A questo punto viene rilasciata melatonina, poiché il cervello "pensa" di trovarsi in una condizione di riposo [...] e la capacità d'apprendimento risulta gravemente compromessa ».

Per essere efficace però, questo tipo di esperienza multisensoriale in natura deve essere condotta adeguatamente da una figura professionale che permetta di esaltarla, per evitare di proporre un'attività frammentaria senza alcun profitto. Questa figura deve essere in grado di predisporre l'attività all'aperto in maniera adeguata, conoscendo il luogo in cui si svolge l'attività per valorizzarne le risorse e ridurre i pericoli inutili, e cercare di favorire l'esplorazione e la scoperta, l'acquisizione di skills, come autonomia e problem solving, e incentivare la riflessione per far sì che quello appreso all'esterno diventi parte integrante della persona. (Szczepanski, 2006)

Nel corso degli anni sono stati sviluppati notevoli studi che mostrano risultati più che positivi nell'utilizzo di queste pratiche in diversi contesti ed è stato dimostrato anche che questi cambiamenti si mantengono nel tempo. (Szczepanski, 2009; Valentini et al, 2019)

Tutto ciò viene accolto soprattutto nel nord Europa e in Italia, creando, da un lato, approcci terapeutici innovativi, come l'Adventure Therapy e, dall'altro, le cosiddette "Scuole nel bosco"⁷. Quest'ultime sono particolari scuole con il focus sul contatto con la natura, favorendola nelle varie attività proposte. Si avvalgono dell'idea che *«il bambino sperimenta in prima persona tutto quello che accade attorno a lui, si deve adattare alle circostanze, ai cambiamenti e ha la possibilità di conoscere le diverse sfaccettature della natura»* (Rossini et al., 2015).

⁷ Ad esempio troviamo in Germania Waldtkindergarten o Naturkindergarten, in Svezia Luro chskur, in Danimarca Skovbørnehave, in Norvegia Friluftsliv, nei paesi anglosassoni Forestschool. In Italia le troviamo per esempio ad Ostia Antica, dove hanno creato un "Asilo nel Bosco", o a Marina di Cecina, dove c'è "Asilo nel bosco sul mare".

1.2 Adventure Therapy

Sulla scia dell'Outdoor Education, nel corso degli anni 2000 vengono sviluppati numerosi progetti e approcci, tra cui l'Outdoor Training e l'Adventure Therapy (o Adventure Education).

Come l'OE, che aveva innumerevoli definizioni in base al tipo di interpretazione che gli veniva attribuita, anche per l'Adventure Therapy è difficile trovare una definizione chiara, specifica, esplicativa e condivisa da tutti, principalmente perché è un concetto legato al linguaggio comune e non è stato ancora riconosciuto concretamente a livello scientifico, anche se ci sono molti progetti e associazioni che lo praticano e ne misurano l'efficacia.

Una delle definizioni attribuitegli è stata delineata da Davis-Berman e Berman all'interno del loro libro "Wilderness Therapy: Foundations, Theory and Research" e la definiscono come: *«l'uso delle tradizionali tecniche terapeutiche, specialmente per la terapia di gruppo, in un contesto di outdoor, utilizzando attività avventurose all'aperto e altre attività per migliorare la crescita personale»*⁸. Nel 2012 l'Associazione per l'Educazione Esperienziale descrive la Terapia dell'Avventura come un approccio eclettico poiché considera aspetti cognitivi, comportamentali, sistemici, esistenziali, psicodinamici e della terapia occupazionale (Bowen, 2016). Ciò è possibile perché questi interventi pongono il soggetto davanti a delle sfide, sia a livello ambientale sia a livello personale, e quindi richiedono il superamento dei propri limiti e l'acquisizione di varie abilità permettendo di sperimentare la leadership, l'indipendenza, l'assertività, la stabilità emotionale, le competenze sociali, la gestione del tempo e la flessibilità (Valentini et al, 2019).

Gli sforzi per valutare l'Adventure Therapy in maniera adeguata e riconoscerne l'efficacia sono numerosi, ma bisogna specificare che si tratta di un processo abbastanza tortuoso perché ci sono tante variabili da considerare - oltre a quelle intraindividuali e interindividuali -, molte delle quali non possono essere

⁸ Russell, K. C. (2001). What is wilderness therapy? *Journal of Experiential Education*, 24(2), p. 73.

controllate e influenzano considerevolmente i risultati. In letteratura troviamo varie esperienze di valutazione, tra cui Bowen e Neill nel 2013 con la loro meta-analisi in cui hanno delineato il paradigma teorico dell'Adventure Therapy e il gruppo di Ricerca "Great Outdoor Lab"⁹. Negli studi proposti da quest'ultimo gruppo di ricerca è stato dimostrato che queste attività diminuiscono: il livello di cortisolo e delle citochine infiammatorie, alcuni sintomi del PTSD del 35% nei veterani, il che comporta una conseguente riduzione dell'uso dei farmaci e una riduzione dello stress economico associato all'acquisto di farmaci e terapie (Reimers, 2017). È stato dimostrato che questo tipo di approccio offre prevenzione, intervento precoce e terapia per persone con problematiche differenti, ponendo la persona al centro delle dinamiche naturali e quindi permettendogli di essere attivo nel proprio processo trasformativo.

Questa tipologia di progetto è molto sviluppata nel mondo, soprattutto in Australia e in America. In Italia interessa principalmente due fronti: mare, per esempio in un progetto promosso dalla Fondazione Tender to Nave ITALIA ONLUS, e montagna. Infatti, sul panorama di questa Terapia dell'Avventura, viene concepita l'idea che la montagna sia un ottimo scenario per dar vita ad interventi terapeutici veri e propri che sfruttano le risorse di questo particolare ambiente naturale.

1.3 La Montagna

La montagna, non è solo un *«rilievo di età geologica almeno terziaria»*¹⁰, ma racchiude in sé molteplici aspetti ed assume significati estremamente soggettivi e suggestivi: *«La montagna ha un significato oggettivo, ma il senso glielo diamo noi uomini e dal modo con cui glielo diamo derivano soddisfazioni o frustrazioni,*

⁹ Stacy Bare, veterana, inizialmente fonda il "Sierra Club Outdoors" e nel 2013, insieme a Dacher Keltner, psicologo dell'Università di Berkeley, fonda questo gruppo di ricerca. Bare, dopo il suo ritorno dalla guerra, ha manifestato conseguenze negative legate allo sviluppo del PTSD, e, grazie ad un amico, che le ha proposto l'arrampicata, è riuscita ad uscirne, affermando: «Arrampicare richiede concentrazione. E questo mi ha permesso di abbandonare a terra i miei problemi.»

¹⁰ Dizionario Treccani alla voce "montagna".

benessere o malessere» (Salsa, 2005). Le risorse peculiari che offre la montagna sono la natura incontaminata, le sfide proposte, i paesaggi mozzafiato e, con la semplicità che la caratterizza, la restituzione alla persona di emozioni e sensazioni che modificano e fortificano, indirettamente, il proprio sé, lasciandone una traccia incancellabile.

Luca Calzolari¹¹, nella sua personale visione, considera due concetti associati alla montagna, quali bellezza e libertà. Infatti, afferma: *«Per chi vive la montagna la bellezza è ovunque, mentre la libertà è ricerca di affermazione nella vita quotidiana»* (Calzolari, 2017). Sono due concetti che in montagna vanno di pari passo: per bellezza si intende la possibilità di stupirsi costantemente delle piccole cose, cogliendone la loro genuinità e semplicità, e la sensazione di leggiadria; la libertà invece riguarda la facoltà di fermarsi in qualsiasi momento, per prendere fiato o per ammirare il panorama, e ciò favorisce la riflessione e il flusso di pensieri, riuscendo anche a trovare delle risposte che nella confusione giornaliera si fanno fatica ad ottenere, ma anche la possibilità di scegliere autonomamente la strada da seguire e diventare libero di fare e diventare ciò che si vuole.

Allo stesso tempo però, la montagna richiede al soggetto di prendere una decisione consapevole poiché deve essere in grado di valutare quello specifico tratto del sentiero sia adatto alla sosta o meno. La montagna, infatti, è caratterizzata anche da ambivalenza: fornisce la possibilità di prendere una pausa dall'ambiente frenetico, ma bisogna comunque stare alle sue regole e rispettarla perché ci possono essere anche dei risvolti pericolosi.

Bisogna però specificare che la montagna non è stata sempre vista come luogo di villeggiatura e fonte di benessere, anzi, questa concezione è stata sviluppata solo negli ultimi secoli. In epoche antiche e medioevali la montagna era associata a connotazioni negative poiché veniva vista come luogo di paura, di pericolo e come contesto inabitabile per le condizioni climatiche avverse. A questa visione negativa della montagna è associato anche quello che gli esperti chiamano "mal di montagna". Questa patologia riguarda l'ipossia ed è dovuta ad una mancanza di adattamento da parte dell'organismo alla diminuita

¹¹ Direttore di Montagne 360, rivista del Club Alpino Italiano.

quantità di ossigeno, che avviene specialmente a grandi altitudini, di solito sopra ai 2500 m.s.l che, se non trattata adeguatamente, potrebbe anche essere mortale (Cogo, 2015).

Con il tempo la visione della montagna è stata modificata notevolmente. In ambito religioso-letterario la montagna assume diverse connotazioni: in tempi antichi era considerata la casa degli Dei, come il Monte Olimpo; mentre Dante, la considera come fatica purificativa per raggiungere il paradiso. Nell'800, con l'avvento del "disagio della civiltà", nasce l'idea che la montagna sia un luogo che permette il contatto tra terra e cielo, e addirittura una sperimentazione di emozioni forti tramite esperienze adrenaliniche e pericolose (Salsa, 2005). Negli anni successivi si diffonde sempre più una concezione positiva di montagna, inizialmente vissuta solo in estate e poi, tramite l'avvento di attrezzature apposite, anche con climi più difficili.

Questo contesto così stimolante è diventato la cornice perfetta per numerosi progetti incentrati sul benessere della persona, ad esempio in ambito aziendale viene usato per favorire il team building (Parolini, 2008). Negli ultimi anni però è diventato sempre più presente anche in ambito medico, avendo dimostrato che può essere vantaggioso a più livelli. Scheffer afferma: *«A chi cammina non si muovono solo gli astratti pensieri nel cervello, ma si mettono in movimento carne e sangue, così le sapienze inconsce depositate negli organi possono mobilizzarsi, montare in alto e riaffiorare alla coscienza»*. Per cui, sono state sviluppate molte esperienze in varie branche della medicina, permettendo anche di prevenire alcune patologie:

- cardiologia, poiché il movimento comporta un aumento delle dimensioni del cuore dovuto sia alla dilatazione delle cavità, per la richiesta di trattenere una maggiore quantità di sangue, sia all'ispessimento del tessuto muscolare che formano le pareti cardiache;
- sclerosi multipla, in cui principalmente si considera un progetto chiamato "MS on the Rocks" che si propone di alleviare le conseguenze negative legate a questa patologia attraverso l'arrampicata sportiva indoor e su parete e i risultati hanno dimostrato in 6 mesi una riduzione dell'affaticamento, un aumento della qualità di vita e di autoefficacia, un

miglioramento nell'equilibrio, nella capacità di camminare e in ambito circolatorio e respiratorio;

- pazienti con traumi cranici o riabilitazioni post infortuni o che manifestano problematiche legate al movimento, in cui per esempio viene utilizzata l'arrampicata come cura della scoliosi;
- cecità, come i progetti proposti dall' "*Associazione Sportiva Dilettantistica Disabili Visivi OMERO - Bergamo*", durante il Convegno Regionale di Montagnaterapia del 2018, o dell' associazione NoisyVision in cui vengono proposte attività montane a soggetti ipovedenti o non vedenti;
- diabete, poiché l'attività fisica favorisce livelli più bassi di glicemia anche a lungo termine;
- patologie oncologiche, infatti vari studi dimostrano che la terapia dell'avventura in adolescenti con patologie oncologiche permette di aumentare i livelli di benessere psicologico (Epstein, 2004);
- e il decadimento cognitivo (Leoni, 2016).

In tutti questi ambiti, oltre a livello fisico, la montagna permette di agire su quello che Scoppola definisce "danneggiamento secondario", definito come una sorta di sofferenza psichica che si manifesta come conseguenza alla patologia presentata e, se protratta nel tempo, può tramutarsi anche in depressione. Questa sofferenza può essere causata dai continui interventi invasivi o dai ripetuti ricoveri ospedalieri richiesti dalla patologia stessa, o da una difficoltà nel momento di tornare all'autonomia dopo un lungo periodo di degenza (Scoppola, 2010).

Si ottengono questi effetti positivi, sia fisici sia mentali perché l'esercizio all'aria aperta favorisce: la riabilitazione delle funzioni esecutive e delle abilità più complesse, e quindi un miglioramento globale (Shanahan et al, 2009); la sperimentazione di moltissime emozioni; l'aumento dell'autostima e il miglioramento della relazione con l'altro, spesso molto difficoltosa in contesti di disabilità o di problematiche sociali. L'ambiente montano permette di uscire dalla propria zona di confort poiché, essendo un ambiente estraneo, richiede il

superamento dei propri automatismi, annullando qualsiasi scusante utilizzata nella quotidianità come espediente per non fare molte cose, e un adattamento continuo, essendo un ambiente molto imprevedibile. Per questo motivo questo contesto implica una partecipazione attiva della persona: impara il valore del mettersi in gioco e di vincere le sfide, grazie anche alla forza del gruppo, e attraverso i numerosi rituali montani, favorisce lo sviluppo della metodica e del rispetto delle regole tramite quello che Correale chiama “esperienze globali ripetute” che permettono il passaggio dal livello delle “competenze” al livello del “senso compiuto di sè” (Bruni, 2010). Allo stesso tempo è presente anche un'altra ambivalenza in montagna: da un lato, l'importanza del gruppo e della partecipazione attiva, dall'altro, la possibilità di percepirsi liberi e di isolarsi in sicurezza e lasciare andare la mente.

Per tutti questi aspetti, per la possibilità di fare esperienze concrete e per la dimostrazione scientifica che l'esercizio fisico montano favorisce il benessere in pazienti psichiatrici, sia a livello psicologico che fisico, è stato definito che la montagna ha potenzialità trasformative ed è stato sviluppato il concetto di Montagnaterapia (Valentini et al, 2019; Scoppola, 2009; Leoni, 2016).

1.4 La Montagnaterapia

Il termine Montagnaterapia è stato coniato nel 1999 durante un convegno intitolato “Montagna e solidarietà: esperienze a confronto”, a Pinzolo, in Trentino. Questo momento rappresenta l'incipit di un nuovo approccio che mette in relazione il disturbo mentale con la montagna e determina l'importanza che quest'ultima può avere all'interno di un processo terapeutico. Il termine ingloba tutti quei progetti che utilizzano la montagna come terapia, attraverso le numerose attività che essa propone.

È un approccio eclettico e si basa sul paradigma bio-psico-sociale perché le attività montane, proprio per le richieste dettate da questo insolito contesto, riescono ad agire su più aspetti della persona concentrandosi sui suoi punti di forza e sui suoi limiti. Non ci si focalizza esclusivamente sulla patologia e non vi

è alcun obiettivo sportivo o richieste di fare performance elevate, in questo modo è possibile acquisire nuove abilità che, se trasferite nella quotidianità, possono migliorare la qualità di vita dell'utente (Gualeni, 2010).

«Attraverso l'esperienza di montagna mente e "corpo soggetto" si integrano tra di loro per ricomporre l'unità dell'individuo e la sua soggettività» (Salsa, 2005).

Questo approccio non deve essere usato da solo, ma deve essere integrato agli altri interventi medici, farmaceutici e psicologici a cui è sottoposto l'utente, andando ad inglobarsi con essi, e permettendo così di arricchire il progetto terapeutico dell'utente. Allo stesso tempo permette di allontanarsi dal setting istituzionale predefinito che determina e conclama la passività del soggetto e che molto spesso è associato a sentimenti negativi.

Nonostante il termine sia stato coniato nel 1999, la definizione ufficiale è stata definita solo nel 2007 poiché ci sono voluti molti anni per unire le varie riflessioni ed esperienze e determinare una spiegazione condivisa da tutti. La definizione in questione è stata sviluppata da Giulio Scoppola¹² e colleghi e cita:

«Con il termine montagnaterapia si intende definire un originale approccio metodologico a carattere terapeutico-riabilitativo e/o socio-educativo, finalizzato alla prevenzione secondaria, alla cura ed alla riabilitazione degli individui portatori di differenti problematiche, patologie o disabilità; esso è progettato per svolgersi, attraverso il lavoro sulle dinamiche di gruppo, nell'ambiente culturale, naturale e artificiale della montagna. Le attività di Montagnaterapia vengono progettate ed attuate prevalentemente nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, o in contesti socio-sanitari accreditati, con la fondamentale collaborazione del Club Alpino Italiano (che ne riconosce ufficialmente le finalità e l'Organizzazione Nazionale), e di altri Enti o Associazioni (accreditate) del settore»¹³.

Torti¹⁴, a sua volta, afferma: *«la montagna diventa allora lo scenario riabilitativo in cui si congiungano le dimensioni corpo, mente e ambiente, individuo e*

¹² Psicologo e psicoterapeuta, responsabile dell'Unità Operativa Psicologica Clinica Ospedaliera ASL Roma E., è una delle figure più influenti e partecipative in questo ambito, presente fin dai primi anni.

¹³ www.montagnaterapia.it

¹⁴ Presidente generale Cai.

gruppo: il paesaggio alpino diventa laboratorio a cielo aperto di emozioni e comunicazione».

La Montagnaterapia racchiude una multitematicità: da un lato tocca tantissimi aspetti che possono essere utili a livello terapeutico, tanto da andare a definire un dizionario della Montagnaterapia, dall'altro, permette di considerare e proporre questo approccio in più contesti terapeutici, inserendo nel contesto montano una eterogeneità molto stimolante ma ricca di bisogni molto diversi (Baldini, 2010).

1.4.1 Storia

Il pioniere indiscusso di questo nuovo approccio è Pascal Petitqueux, infermiere del centro ospedaliero di "Bel Air" a Charleville-Mézières. Nel 1984 valuta l'ipotesi di dare nuova vita ai suoi pazienti, principalmente schizofrenici, annientati dai tantissimi anni di farmaci e di cure, e decide di portarli in montagna, scoprendo così che *«la loro umanità riaffiorava davanti al pericolo e all'imprevisto»* (Munzi, 1992).

Questa pratica inizia a prendere forma negli anni '80 in Francia e in Belgio¹⁵ e arriva in Italia negli anni '90 grazie a due avvenimenti: l'approvazione della legge Basaglia nel 1978, in cui ci si allontana da una visione della malattia come forma di etichettamento e si promuove una cura della patologia psichiatrica senza le misure contenitive tipiche del manicomio, e la pubblicazione sul Corriere della Sera nel 1992 dell'esperienza francese, che fa da modello alle prime esperienze di Montagnaterapia sul nostro territorio.

Nel 1993 presso il Centro Diurno psichiatrico di S. Godenzo, a Roma, prende vita il progetto "Corpo - Mente - Ambiente" che promuove il contesto montano come scenario per pratiche terapeutiche-riabilitative, e poco dopo si diffonde anche nella Comunità terapeutica Montesanto. L'idea piace talmente tanto da

¹⁵ Con l'esperienza del gruppo La Trace, in cui a soggetti Tossicodipendenti vengono proposte spedizioni in montagna per cercare di sostituire la gratificazione data dalle sostanze con le emozioni forti date dalla montagna. Infatti il principio cardine dell'attività è la convinzione che "non è mai lo stesso uomo che parte e che ritorna".

decidere di voler diffondere questo nuovo approccio, creando così uno dei primi gruppi di Montagnaterapia in Italia.

Successivamente nel 1997 anche la Fondazione Emilia Bosis di Bergamo, che riguarda anch'essa pazienti psichiatrici, dà origine ad un progetto con scenario montano: "Montagna Solidale". Questo progetto ha permesso ai pazienti e agli operatori di raggiungere Monte Rosa, Monte Bianco, montagne del Nepal, il Cerro Torre in Patagonia e il Kilimangiaro in Tanzania.

Nel 2003 questo nuovo approccio arriva anche in Trentino: nel Centro di Salute Mentale di Arco (TN) nasce il progetto "Sopraimille", in collaborazione con Società Alpinisti Tridentini (S.A.T), sezione del Club Alpino Italiano (C.A.I.) di Riva del Garda. Questo progetto rappresenta un punto molto importante nella storia della Montagnaterapia perché, oltre ad essere uno dei principali promotori di questo approccio, è stato colui che ne ha creato il primo sito internet¹⁶.

Nel corso dei mesi l'interesse si propaga talmente tanto da far decidere di predisporre il primo corso di formazione di Montagnaterapia nel 2004 al Rifugio Pernici, organizzato dal gruppo "Sopraimille" e da Sandro Carpineta, psichiatra dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento (APSS). Questo incontro è considerato dai pionieri di questo approccio come il momento d'inizio effettivo e ha permesso uno scambio di informazioni, di riflessioni e condivisione dei progetti già attivi al fine di consolidarli e promuoverne di nuovi. Da questo momento in poi si ricevono talmente tanti riscontri da decidere di organizzare altri convegni, tra cui quello del 2006 al Centro congressi "B. Crepaz" a Passo Pordoi. In quest'occasione, visto la diffusione di questo approccio, vengono definite le "macrozone" e i rispettivi responsabili, come ad esempio Macrozona "Veneto e Friuli Venezia Giulia", in modo tale da poter istituire riunioni periodiche tra i rappresentati dei vari progetti all'interno di ogni singola macrozona per facilitare lo scambio di informazioni per l'organizzazione delle diverse attività, per fare formazione, per concretizzare i risultati ottenuti e per espandere maggiormente questo innovativo approccio.

¹⁶ www.sopraimille.it, che ora non è più attivo e il principale sito di Montagnaterapia è www.montagnaterapia.it.

Nel corso degli anni la Montagnaterapia si è diffusa talmente tanto da decidere di istituire un convegno nazionale a cadenza biennale che riscuote sempre molto successo.

I primissimi progetti riguardavano principalmente disturbi psichiatrici gravi, ma già dal 2004 la Montagnaterapia viene applicata ad altri contesti, come adolescenti devianti, tossicodipendenza, disturbi alimentari, come per esempio nella Comunità Silesia a Vicenza, disabilità intellettiva in cui si promuove lo sviluppo delle rappresentazioni mentali e di strutturare le funzioni cognitive (Leoni, 2016), e disabilità fisica, sviluppata soprattutto con soggetti con Sindrome di Down nella Macrozona del Piemonte.

1.4.2 Specificità

Essendo un approccio nato dalla passione di molti, è stato difficile arrivare a tracciare una linea comune che fosse condivisa da tutti e, grazie al lavoro costante di molte persone in tutta Italia, si è riusciti a generare un cambiamento consistente facendo rientrare la Montagnaterapia all'interno degli interventi terapeutici consolidati.

Si è dibattuto molto per decretare una distinzione netta e condivisa tra Montagnaterapia e uscita in montagna. *«La capacità di cogliere gli elementi potenzialmente trasformativi della montagna, di quella verticalità che cura, fa la differenza tra un'esperienza di Montagnaterapia e una passeggiata nel verde. Per quanto anche quest'ultima sia gradevole, non possiamo paragonare il fatto di frequentare la montagna, ovvero di entrare in contatto diretto con l'ambiente-stimolo, con la realizzazione di un'esperienza di Montagnaterapia.»*¹⁷ L'uscita in montagna è solo un'attività ludico-ricreativa, invece la Montagnaterapia è dettata da una articolazione dell'attività sulla base di obiettivi terapeutici ed educativi specifici, pur mantenendo una certa libertà nello svolgimento dell'attività in base alla tipologia di utenza e di contesto.

¹⁷Magnaguagno (2009), p.39.

La strutturazione che determina questo approccio è delineato dalla stesura del Programma di Montagnaterapia dal Gruppo Professionale, e da quattro momenti specifici: la fase preparatoria; l'uscita in montagna; l'elaborazione e la valutazione (Piergentili, 2018).

Il programma di Montagnaterapia (PMT) riguarda un documento scritto stipulato dal Gruppo Professionale che definisce: i pazienti a cui è destinato il progetto, valutando le abilità psico-fisiche e sociali dei partecipanti e l'adeguatezza dell'attività proposta, e il numero di utenti che andranno a comporre il gruppo; le risorse, quindi la modalità attraverso cui coinvolgere gli utenti, anche in base alle loro capacità e caratteristiche, e i beni e i servizi necessari; e come ultimo gli obiettivi, sia generali sia specifici, definendo anche gli indicatori di ciascun obiettivo in modo da poterne valutare l'andamento. Descrive anche le varie uscite organizzate sulla base degli obiettivi prefissati in termini di luogo, durata, attrezzatura necessaria, spiegazione del percorso o dell'attività nel dettaglio, e stipula anche il calendario delle uscite e la loro frequenza, che possono essere settimanali, mensili o un numero specifico all'anno. Inoltre contiene il "vademecum per la sicurezza" che delinea ogni accorgimento considerato. Infine, viene raccolto il consenso informato, come per qualsiasi altro intervento sociosanitario.

Il Gruppo Professionale (GP) è composto da tre diverse figure professionali, proprio per garantire un'esperienza stimolante: figure mediche; psicologi, educatori ed esperti in ambito sociale e tecnici di montagna. La presenza della guida alpina, o tecnici della montagna, è fondamentale perché deve proporre e decidere, insieme alle altre figure, i percorsi adeguati per gli utenti e soprattutto deve essere in grado di garantire la sicurezza in questo contesto a volte insidioso. Questo lavoro di equipe permette di considerare la persona e la sua problematica su molti fronti, quali aspetti anatomici, neurologici, sociali, emotivi ed educative, allo stesso tempo, strutturare le attività specifiche per la tipologia di utenza, considerando i loro limiti e le loro potenzialità e man mano proporre uscite con una difficoltà crescente. Tutte e tre le tipologie di figure presenti devono avere delle competenze molto specifiche di Montagnaterapia e, per questo, si incontrano periodicamente per scambiarsi informazioni conoscitive,

valutare l'andamento del PMT e il raggiungimento degli obiettivi preposti. In questo modo, da un lato, la guida sarà in grado di rapportarsi in maniera adeguata all'utente e, dall'altro, gli altri professionisti acquisiranno informazioni utili a livello tecnico e pratico che interessano il contesto montano che si andrà ad affrontare. In montagna risulta essere di vitale importanza questo aspetto perché tutte e tre le figure, con le proprie conoscenze e con quelle che gli sono state trasmesse, devono essere in grado di gestire le emergenze e le crisi che potrebbero sorgere.

La fase preparatoria riguarda incontri del Gruppo Professionale per delineare il Progetto di Montagnaterapia, incontri con gli utenti e le famiglie per confrontarsi su ogni punto del PMT, e in caso stipulare dei cambiamenti più adeguati. Prima dell'uscita viene organizzato un incontro formativo con gli utenti per definirne i particolari, renderli consapevoli di quello che dovranno fare a livello pratico, concentrandosi anche sulle loro aspettative, le attrezzature che dovranno usare, i possibili rischi presenti e, come ultima cosa, vengono coinvolti nella preparazione sia a livello del materiale sia a livello corporeo per facilitarli nell'impatto con la fatica e con l'altitudine.

L'uscita in montagna può riguardare molte attività diverse: trekking, rafting, arrampicata, orienteering, sport invernali, e durare anche più giorni quando il livello diventa più difficile e il GP deve impegnarsi per fare in modo che queste attività siano adeguate e molto stimolanti.

La fase dell'elaborazione dell'attività è un momento di incontro tra GP e gli utenti in cui si cerca di ripercorrere l'esperienza vissuta ed i momenti salienti per fare delle riflessioni, soffermandosi anche su aspetti che inizialmente non erano stati considerati e concretizzare e una nuova competenza da applicare nella quotidianità.

Questo momento può avvenire spontaneamente anche durante l'uscita, per esempio durante il pranzo in vetta o durante la cena intorno al fuoco, abbattendo qualsiasi preconetto che può manifestarsi in un contesto istituzionale più strutturato, ma è importante fissarne uno, a prescindere, quando si rientra in struttura. Per arricchire questo momento si utilizzano anche foto e filmati fatti durante l'uscita che facilitano il ricordo e aiutano il consolidamento in memoria,

diventando anche un momento di condivisione e di continuità, importante per l'attività, per la persona e per tutto il gruppo. In questo modo si evita di incorrere nel rischio di contraffazione psicotica dell'esperienza stessa (Scoppola, 2005). Come ultimo c'è la valutazione, compilata dal GP dopo ogni uscita, che permette di monitorare i cambiamenti del singolo e di verificare l'adeguatezza delle attività proposte.

1.4.3 Effetti

«Proponiamo la Montagnaterapia perché i contesti abituali di cura, specialmente nella grande città, non permettono di surrogare e sostituire organicamente le potenzialità intrinseche di una serie di stimoli e occasioni presenti naturalmente nell'ambiente montano» (Scoppola, 2001). Al centro di questo approccio c'è l'esperienza che risulta essere un fattore determinante perché comporta "l'esperire sé stessi": camminare, fare salite e fare fatica perdono la connotazione negativa, diffusa nella quotidianità, e assumono un significato positivo permettendo alla persona di "sentirsi viva" e di lavorare contemporaneamente su molti aspetti.

Come prima cosa, si affronta la componente corporea. *«Nelle attività proposte il corpo viene vissuto, sentito, messo alla prova, affaticato, ferito»* (Bruni, 2010). In varie patologie la persona può perdere la consapevolezza della propria fisicità, distorcendo la percezione che ha del proprio corpo considerandolo come qualcosa che gli è stato negato o che non gli appartiene. Invece, il contesto montano richiede alla persona di acquisire l'abilità di gestire il proprio corpo. Da un lato, riguarda il momento in cui la persona deve imparare a camminare di nuovo per adattarsi al sentiero montano e scosceso, molto diverso da quello tradizionale liscio e orizzontale, e questo comporta una ristrutturazione dell'equilibrio non solo per evitare di farsi male, ma anche per ottenere un cambiamento di prospettiva che permette di considerare gli oggetti intorno a lui come dei punti di appoggio per sorreggersi. Dall'altro lato, riguarda

l'acquisizione della capacità di assecondare le richieste corporee: ridurre il battito cardiaco, gestire la respirazione¹⁸ e il cibo, vestirsi o spogliarsi per evitare di ammalarsi, avere cura dell'attrezzatura da utilizzare e quindi sviluppare un'attenta cura di sé, ossia tutti aspetti che si richiede siano svolti autonomamente. In questo modo la montagna, inconsciamente, permette all'individuo di riappropriarsi del proprio corpo, andando oltre agli automatismi che è solito mettere in atto nella vita quotidiana, perché questo contesto esige una piena consapevolezza nella presa delle decisioni e quindi deve abbandonare gli schemi tradizionali in cui si pone sempre in maniera passiva. Un esempio concreto può riguardare le dinamiche che si creano con soggetti che presentano disturbi alimentari: permette loro di lavorare sulla percezione che hanno del proprio corpo, non guardandolo più come una fonte di malessere che deve essere cambiato, ma come uno strumento forte che gli ha permesso di raggiungere la vetta; allo stesso tempo lavora anche sulla relazione conflittuale con il cibo poiché il cibo smette di essere un nemico ed inizia ad essere concepito come alleato, divenendo una fonte di energia. Inoltre permette di agire sulla complicata relazione con l'altro dal momento che in queste patologie l'altro viene percepito come una fonte di stress per i possibili giudizi che può esprimere su questo corpo "respinto": il mangiare in gruppo e il rapportarsi con l'altro durante l'attività, dinamiche cui la montagna sottopone incondizionatamente, rappresentano essere una sfida considerevole.

Ci sono miglioramenti anche in ambito anatomico: a livello dell'asse ipotalamico-ipofisario, l'aumento di testosterone e melatonina che migliorano il tono dell'umore; nelle risposte metaboliche; nel tono muscolare; nella qualità del sonno e nella riduzione di alcuni sintomi patologici (Leoni, 2016).

Il cambiamento della percezione corporea è associato ad un cambiamento a livello cognitivo - emotivo perché, attraverso quel corpo tanto negato, il soggetto è riuscito a fare delle cose incredibili, raggiungere vette, superare ostacoli o camminare per ore e ciò comporta un aumento considerevole dell'autostima, oltre a creare un vissuto positivo, aspetto molto importante all'interno di un

¹⁸ Viene anche proposto di fare delle sedute in preparazione all'uscita sulla "respirazione completa" in quanto il meccanismo della respirazione può essere stato compromesso dalla patologia. (Scoppola, 2005)

contesto patologico poiché l'utente è spesso abituato a continue delusioni, sconfitte e vissuti negativi in diversi ambiti (Magnaguagno, 2009; Readdick, 2005). «*La chiave fondamentale per accedere alla dimensione trasformativa della montagna è il contatto, la relazione consapevole che si stabilisce con il proprio mondo intrapsichico e interpersonale*» (Miletto, 2009).

Queste esperienze permettono di esaltare il silenzio, per concentrarsi e dominare la fatica, ma anche per concedersi un momento tra sé e sé per riflettere, e per imparare che non bisogna riempirlo ad ogni costo, ma è importante gestirlo in maniera proficua. La gestione del silenzio è molto complessa in alcune patologie perché attiva il rimuginio: per uno schizofrenico il silenzio vuol dire fa emergere le proprie allucinazioni, per un Tossicodipendente il silenzio invece facilita una ricaduta. «*La montagna insegna silenzio. Disabitua dalla chiacchiera, dalla parola inutile, dalle inutili, esuberanti effusioni. Essa semplifica e interiorizza*» (Evola, 2003). Quindi la montagna educa a non parlare a sproposito e a «*comunicare senza parlare*» (Bruni, 2010).

L'esperienza favorisce lo sviluppo e l'allenamento di abilità cognitive più complesse: come l'orientamento e la lettura di una mappa, per poi sviluppare abilità come il problem solving, l'autoregolazione, la gestione delle emozioni e la curiosità verso l'esterno.

Può capitare che la persona non sia in grado di gestire le emozioni, paure o dinamiche proprie della patologia e si faccia sopraffare da queste decretando la fine dell'attività, non riuscendo più a proseguire. Una delle sfide principali della montagna consiste proprio nel riuscire a contenere o ridurre queste dinamiche intrusive perché possono avere delle ripercussioni anche su tutto il resto del gruppo: se un utente manifesta una crisi durante l'uscita, oltre a rendere difficoltose le dinamiche per aiutarlo perché è difficile agire in tempi brevi e rientrare velocemente, obbliga anche a far rientrare anticipatamente tutto il gruppo, quindi si possono innescare meccanismi di egoismo e senso di colpa.

Altra componente su cui lavora la Montagnaterapia è il gruppo. Dopo anni di esperienze, è stato definito che il numero di persone adeguate per un gruppo di Montagnaterapia è tra 6-7 e 15, considerando sia operatori sia utenti, per evitare la dispersione, favorire la socializzazione e la nascita di legami concreti

ed esercitare le proprie abilità sociali e comunicative, cercando di compensare le mancanze del passato e le difficoltà sociali correlate alla patologia (Lanfranchi, 2012). Il gruppo permette di confrontarsi anche con i propri stati interiori: grazie all'interazione continua con l'altro permette di cogliere e affrontare aspetti ed emozioni che nella quotidianità si fa fatica a percepire, soprattutto perché sono repressi da pensieri negativi, da sostanze o altri aspetti intrusivi (Russell, 2001).

Oltre a sfidare la persona in termini di prova pratica, la montagna sfida la persona anche in termini relazionali: nel gruppo la persona può cimentarsi nella cooperazione, nell'accettazione e nell'accoglimento dell'altro, nell'aiuto reciproco¹⁹, nella condivisione di paure, emozioni, desideri, pensieri, nell'arricchimento vicendevole e, soprattutto, nella condivisione del momento del raggiungimento della meta (Carpineta, 2006; Magnaguagno, 2009). Far parte di un gruppo di montagna implica assumersi le proprie responsabilità: ognuno ha il proprio ruolo che deve portare a termine, come in una cordata²⁰ in cui ognuno è legato all'altro ma ha anche una propria individualità alla quale gli altri sono appesi. Quindi si richiede di fare i propri compiti individualmente e allo stesso tempo affidarsi all'altro e ciò permette alla persona di rielaborare la propria persona e l'importanza che le sue azioni hanno sugli altri. Richiede di lavorare anche sulla fiducia data agli altri, migliorando anche la fiducia in sé stessi, rivalutare la percezione delle proprie relazioni, anche quelle passate, e magari imparare a gestire delle difficoltà che si creano all'interno del gruppo.

Il gruppo ha comunque bisogno di "tempo per formarsi" e gli incontri formativi sono preposti anche per conoscersi, creare cooperazione e riconoscere all'altro una propria individualità (Bruni, 2010). Allo stesso tempo, l'essenza del gruppo non è mai stabilita una volta per tutte poiché essa è in continuo cambiamento e gli animi tra i soggetti possono cambiare notevolmente, soprattutto in un

¹⁹ Accettando anche l'aiuto che l'altro gli offre. In questo modo riesce a constatare che non è l'unico che sta facendo fatica e a percepirsi come l'unico "sbagliato", come è solito pensare quotidianamente, e inizia a percepirsi sullo stesso livello degli altri.

²⁰ Tecnica di sicurezza utilizzata durante una salita, una scalata, che consiste nel legarsi e assicurarsi alla stessa corda e se un componente dovesse scivolare potrebbe essere salvato dal gruppo. Implica fidarsi completamente dell'altro e affidarsi a lui, ma allo stesso tempo stare attenti per evitare di far scivolare e mettere in pericolo gli altri membri del gruppo.

contesti insidiosi, quindi ognuno deve essere in grado di accettarne le dinamiche e il punto di vista altrui e gestire le ambivalenze che possono insorgere frequentemente (De Toma et al, 2015).

Questa dinamica favorisce lo sviluppo del concetto di appartenenza ad un gruppo, una concezione che l'utente con un presunto passato travagliato non ha mai provato e, di conseguenza, soddisfa anche bisogni di affetto (Leoni, 2016). È un gruppo che sembra racchiudere varie tipologie di gruppi presenti nei servizi di salute mentale poiché contiene aspetti di psicoterapia di gruppo, di riabilitazione e di auto mutuo aiuto.

La montagna permette di fronteggiare anche il rapporto con le diverse figure professionali presenti (GP). Il rapporto che l'utente può instaurare con la guida alpina è particolarmente stimolante poiché si tratta di una persona completamente esente dal mondo della salute mentale che fornisce competenze distanti dall'ambito psicopatologico e quindi l'utente può mostrarsi più propenso a instaurare una relazione con lui. Infatti, molto spesso gli utenti hanno un rapporto molto conflittuale con le figure sociosanitarie per varie dinamiche frustranti che si sono create nel corso della vita e che portano a sviluppare una forte repulsione verso tutto questo mondo, annullando qualsiasi possibilità di lavoro a livello relazionale e sociale. Per questo motivo, l'utente, essendo maggiormente propenso a rapportarsi con una persona molto distante dall'ambito patologico, è più incline a creare una relazione con la guida alpina e ciò permette di agire su più aspetti sociali e personali.

Innanzitutto è possibile lavorare a livello del funzionamento cognitivo considerando la capacità di ricezione e comprensione delle consegne pratiche, funzioni che con la patologia possono essersi ridotte. Inoltre permette di lavorare anche a livello umano: da un lato, l'utente è "costretto" a seguire accuratamente ogni singola regola e precisazione che gli viene indicata dalla guida per poter proseguire in sicurezza e, dall'altro, questa relazione favorisce anche il confronto con una persona che ha una tipologia di pensiero completamente diversa dalla sua e quindi esercitano capacità riflessive e insegna ad accettare il pensiero altrui, andando oltre alle modalità narcisistiche e onnipotenti tipiche di molte patologie. Una relazione positiva con la guida

stessa può incentivare a sviluppare la curiosità dell'utente, tramite la passione della guida per la montagna, e potrebbe andare anche a modificare la concezione negativa che il soggetto si è costruito nel corso del tempo delle varie istituzioni.

All'uscita possono partecipare anche dei volontari che permettono, insieme alla guida alpina, di abbattere i pregiudizi sociali imposti dalla malattia e quindi avviare un primo passo verso il reinserimento sociale. Anche queste persone devono essere adeguatamente formate per fare in modo che siano in grado di gestire l'utente nelle varie situazioni e relazionarsi a lui in maniera adeguata.

La presenza di altre figure non sanitarie, come la guida alpina o il volontario, permette di creare un gruppo con una visione orizzontale, abbandonando la tradizionale verticalità: tutti sono posti sullo stesso piano perché "in montagna ci si dà del tu", quindi viene annullata la passività tradizionale in cui succede tutto attorno all'utente (Bruni, 2010). Ciò è favorito da dinamiche e contesti che lo impongono: momenti in cui magari l'operatore scivola e deve essere aiutato dall'utente o possono capitare situazioni in cui ci si veste e ci si spoglia tutti insieme, facendo perdere il carico sconvolgente che questa dinamica assume nella vita quotidiana e trasformandola in un'azione molto naturale e normale. Soprattutto cambia la concezione che l'utente ha verso gli operatori perché può vedere anche il loro lato umano e la loro vulnerabilità, rendendoli alla pari e agevolando un confronto più significativo, in cui non c'è solo un passaggio di informazioni ma anche lo sviluppo di una relazione tra i comunicanti e un cambiamento di prospettiva verso le autorità, percependole come persone da cui trarre benefici e aiuti e non più come opposizione alla propria individualità. (Bruni, 2010; Ravasio, 2018)

La montagna, quindi, offre un setting terapeutico che abbatte completamente le regole del setting tradizionale e si basa solo sulle regole montane: «[...]*Si trasforma in una casa di cura aperta a "fil di cielo"*»²¹ che favorisce lo sviluppo di una relazione più veritiera tra operatore e paziente ed inserisce l'utente in un contesto "reale" (Salsa, 2005). Questo è un aspetto molto importante perché

²¹ Paolo Valoti, presidente della Sezione di Bergamo del Club Alpino Italiano, durante suo intervento nel Convegno Nazionale di Bergamo, nel 2010.

durante un intervento terapeutico ci sono molte dinamiche che entrano in gioco tra il terapeuta e il paziente, come la compiacenza del paziente per aggirare il terapeuta, il transfert e il controtransfert che vanno ad instaurarsi nella relazione e nascondono la vera essenza della persona. Il cardine di questo approccio è il fatto che l'essenza della persona viene fuori subito spontaneamente senza "l'obbligatorietà della seduta terapeutica" in un contesto neutrale per entrambe le parti della diade e quindi la persona potrebbe sentirsi meno in soggezione e liberarsi più facilmente dei propri meccanismi di difesa e dei propri pensieri intrusivi.

1.4.4 Letteratura Scientifica

La letteratura scientifica italiana sulla Montagnaterpia è limitata perché, essendo un approccio relativamente giovane, ha ottenuto solo da pochi anni una rilevanza scientifica e allo stesso tempo, risulta essere un costrutto molto difficile da valutare. È stato dichiarato che gli unici articoli pubblicati su riviste scientifiche sono comunque con un livello di prova V, quindi i risultati sono ottenuti da studi casistici, ossia non randomizzati e senza gruppo di controllo (Lanfranchi, 2012). Nei primi anni le evidenze scientifiche venivano redatte tramite tesi universitarie, ma nel corso degli anni i protagonisti hanno iniziato ad usare sempre di più test validati.

Gli studi più accreditati che hanno cercato di misurare l'efficacia di questo modello di intervento e che sono stati pubblicati su riviste scientifiche sono due. Uno è stato sviluppato da Lanfranchi e colleghe²² ed è stato pubblicato nella rivista "Psichiatria di comunità" nel 2011 con il titolo "Interventi riabilitativi e ed esperienza ottimale nel contesto montano". Somministrando il Flow

²² Psicologa, psicoterapeuta presso A. O Bolognini Seriate (Bg), insieme a Antonella Frecchiami, psicologa, psicoterapeuta transculturale presso Coop. Il Pugno Aperto (Bg) e Antonella Delle Fave, medico specialista in Psicologia Clinica e Docente presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Milano.

Questionnaire²³ a 54 utenti con diagnosi di schizofrenia, è stato possibile determinare che la Montagnaterapia è una “esperienza ottimale” e che permette di sperimentare uno stato di flow per un lasso di tempo più lungo, partendo dal momento della preparazione fino al momento dell’elaborazione (Lanfranchi, 2010). Inoltre i soggetti mostrano sensazioni di maggior benessere, una riduzione di pensieri negativi e la percezione del gruppo come fonte di supporto. L’altro studio è stato presentato da Scorcu e colleghi al “XXXIII FIMS World Congress of Sports Medicine and Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine, From Prevention to Performance” nel 2014, dal titolo “From Sardinia, Italy, to the Top of the World: trekking as Therapy. Modification of Physiological Parameters and Perception of Health Status in a Group of Patients with Severe Psychiatric Disorder”. Attraverso uno studio longitudinale gli autori hanno potuto valutare gli effetti del trekking in 10 soggetti con disturbi psichiatrici. Ne è emerso che l’attività montana ha permesso di migliorare a livello fisiologico (+ 20%) e a livello della loro percezione mentale.

Un altro studio consistente svolto su quest’ultimo progetto è stata sviluppato all’interno di una tesi di Medicina e Chirurgia da Eleonora Cossu. I soggetti sono 14 pazienti del Centro di Salute Mentale della ASL di Sanluri (CA), con diagnosi di Schizofrenia e Disturbo Schizoaffettivo, già inseriti nel progetto “In Itinere” di Montagnaterapia che gli ha permesso di andare sulle dolomiti del Brenta, nel Parco dello Stelvio, fino ad arrivare ai piedi dell’Everest. Nello studio è inserito anche un gruppo di controllo formato da 32 pazienti della Clinica Psichiatrica dell’Università di Cagliari con le stesse caratteristiche dei pazienti del gruppo sperimentale che non sono inseriti in attività riabilitative. Ad entrambi i gruppi sono stati somministrati SCID-I e SCID-II, PSP, MINI ICF, WHOQOL - Bref, PANSS e CGI. I risultati riportano una diminuzione dei sintomi depressivi ed ansiosi e un minore ritiro sociale; ma soprattutto, un miglioramento in ambito sociale, come studio, lavoro e relazioni interpersonali.

²³ Pubblicato da Csikszentmihalyi dell’Università di Chicago e, nella versione italiana, da Delle Fave e Massimini presso l’università degli studi di Milano. Si propone di misurare il flusso di coscienza, considerando il vissuto personale le opportunità presenti nell’ambiente circostante e le motivazioni che spingono ad conquistare queste opportunità, definendo l’esperienza di Flow.

In questo contesto, mancante di validità scientifica, è stata da poco istituita la Società Italiana di Montagnaterapia (SIMonT), una società scientifica con l'obiettivo di unire tutti i dati raccolti nel corso degli anni e cercare di validare misurazioni sempre più appropriate e specifiche, attribuendone maggiore validità clinica e autorevolezza, ma anche certificare le linee guida e le strutturazioni per omologare ogni tipo di progetto di Montagnaterapia. Molti utenti che sono stati protagonisti di questi programmi sono riusciti a riqualificare la propria vita e alcuni hanno addirittura sviluppato una passione concreta per la montagna che continua tutt'oggi (Guzzeloni, 2017).

«[...] storie, sofferenze, percorsi di vita che hanno trovato nella montagna, escursionismo, speleologia, arrampicata, alpinismo risposte che altrove non avevano ancora trovato.»

(Carpineta, 2006)

La genitorialità nella Tossicodipendenza e Montagnaterapia

2.1 La genitorialità

Il parenting è un costrutto riguardante sia il complicato processo di diventare genitori, sia la capacità di prendersi cura dell'altro favorendo la sua crescita e la sua individualità (Bornstein, 2002). Esso è determinato da un insieme di funzioni, dinamiche e relazioni molto complesse: sono fondamentali per garantire l'acquisizione delle abilità che supportano la crescita infantile; sono determinate biologicamente solo in parte e cambiano notevolmente nel corso degli anni per adattarsi alle esigenze evolutive proprie della fase di sviluppo in cui il bambino si trova in quel momento. Il genitore deve anche tenere in considerazione i cosiddetti "periodi sensibili", periodi all'interno dei quali l'organismo umano è notevolmente sensibile a specifici stimoli ed esperienze che permettono lo sviluppo e la maturazione di uno determinato aspetto²⁴. Quindi è importante che i genitori favoriscano queste esperienze in questi

²⁴ Ad esempio, una mancata esperienza visiva in un particolare periodo sensibile, può influenzare l'acquisizione della capacità di riconoscere i volti. Bornstein parla di "Principio di specificità", secondo il quale esperienze fornite in momenti specifici esercitano degli effetti specifici su aspetti specifici dello sviluppo.

periodi sensibili per garantire uno sviluppo armonioso ed adeguato del bambino. Non a caso, per facilitare questo processo, le strutture cognitive del bambino riconoscono l'adulto come uno stimolo molto saliente e viceversa (Bornstein, 2002).

Un elemento che determina profondamente la funzione genitoriale è quello che Stern definisce "Costellazione materna". L'autore la descrive come: *«un organizzatore psichico che determina una nuova serie di azioni, tendenze, sensibilità, fantasie, paure e desideri.[...] Questa nuova organizzazione è molto variabile, mesi o anni. Ma durante questo periodo, diventa la linea organizzativa dominante per la vita psichica della madre e mette in secondo piano le precedenti organizzazioni nucleari, o complessi, che hanno svolto un ruolo centrale»* (Tambelli, 2017). Nello specifico, rappresenta essere una condizione benigna di cambiamento psicologico della donna che avviene durante la gravidanza, permane per tutto il primo anno di vita del bambino, circa, e che influenza la costruzione della relazione con esso. I principali temi della costellazione materna sono: il tema della vita-crescita, secondo il quale la madre si interroga se lei stessa, nel ruolo di genitore, sarà in grado di garantire lo sviluppo del bambino; il tema della relazione primaria, nel quale si impegna a livello affettivo con il bambino, garantendone lo sviluppo psichico; il tema della matrice di supporto, attraverso la quale deve essere in grado di chiedere aiuto alla rete sociale e accettarlo; e il tema della riorganizzazione dell'identità, che consiste nell'essere in grado di ristrutturare la propria identità sulla base del nuovo ruolo conseguito. Altro aspetto fondamentale collegato a questo costrutto tratta di come il genitore si rappresenta il figlio nella mente poiché durante la gravidanza si fanno moltissime idealizzazioni su come sarà il figlio e come sarà lui come genitore e questo comporta un altro passaggio molto delicato: il parto diventa momento di incontro tra il bambino immaginato dal genitore e il bambino reale. Se le aspettative genitoriali sono talmente tanto estremizzate da discostarsi profondamente dal bambino reale, ci potrebbero essere delle conseguenze importanti a livello relazionale con il bambino stesso.

Bornstein definisce quattro funzioni fondamentali del parenting: assistenza nutrizionale, essendo il cibo un prerequisito per la sopravvivenza; assistenza

didattica, permettendo di scoprire, conoscere e imparare il mondo esterno; assistenza materiale, nel senso di limiti della libertà fisica o il livello di stimolazione ambientale; e assistenza sociale (Bornstein, 2002). Quest'ultima funzione è fondamentale perché permette di creare scambi interattivi reciproci e sensibili sulla base dei quali il bambino svilupperà le sue abilità sociali e le relazioni future.

Visentini nel 2006, invece, definisce otto funzioni diverse del parenting: funzione protettiva, regolativa, predittiva, affettiva, normativa, significativa, rappresentativa e triadica.

La funzione protettiva, consiste nel proteggere il figlio da qualsiasi tipo di pericolo offrendo cure e conforto. Sulla base di questa funzione si sviluppa il legame di attaccamento e la tipologia specifica, tra cui attaccamento sicuro, insicuro/ambivalente, insicuro/evitante e disorganizzato.

Nella funzione regolativa il genitore regola gli stati interni ed emotivi del bambino attraverso quella che viene chiamata etero-regolazione, supportando le limitate capacità autoregolative del bambino. Nel corso della crescita, il bambino, tramite la co-regolazione, acquisisce sempre più abilità fino a sviluppare l'autoregolazione, grazie alla quale è in grado di regolare in maniera ottimale i propri stati interni, sviluppare risposte coerenti e funzionali anche in base alle aspettative altrui e agli stimoli esterni acquisendo abilità di attesa, di conforto e di resistenza alle tentazioni e alle frustrazioni. Collegata a questa funzione, un aspetto considerevole che il genitore deve mostrare è la reattività²⁵: deve essere in grado di rispondere prontamente, adeguatamente e in maniera affidabile alle richieste del bambino grazie anche alle sue competenze comunicative. In questo modo si stabilisce una relazione di fiducia e prevedibile in cui il bambino sa cosa aspettarsi, impara ad organizzare l'esperienza e ad attribuirvi un senso, è meno influenzabile da momenti di stress o di incertezza e si mostra più propenso ad acquisire una maggiore autonomia (Venuti et al, 2018).

La funzione predittiva riguarda la capacità del genitore di prevedere la fase successiva dello sviluppo del figlio e predisporlo per essa per favorire la

²⁵ Bornstein, M. H. (2002), p. 20.

crescita. Deve essere in grado di proporre al bambino giochi adeguati ed esplorativi che richiedono la risoluzione dei problemi per sviluppare capacità e acquisire nozioni nuove, grazie anche ad un graduale autonomia nel gioco, e con il tempo acquisire il gioco simbolico (Bornstein, 2002).

La funzione affettiva permette di stabilire un legame emotivo, una sintonizzazione, ed è collegata allo sviluppo di abilità sociali, come empatia e moralità, favorendo lo sviluppo di nuove relazioni esterne alla diade adeguate.

La funzione normativa consiste nel regolare il bambino attraverso limiti e confini per fare in modo che sviluppi l'autonomia in maniera sicura.

Attraverso la funzione significante, o mentalizzante, la madre struttura la mente del bambino per permettergli di cogliere e mediare le emozioni proprie e altrui. Il bambino ha una vita mentale molto attiva poichè impara ed elabora continuamente nuove informazioni, e il genitore deve essere in grado di mediare gli stimoli esterni, dare una forma alle loro esperienze ed attribuirne un significato. La mediazione genitoriale, attraverso lo sguardo tra madre e figlio, è importantissima perché, grazie ad essa, il bambino saprà distinguere un'espressione facciale positiva da una negativa o valutare se una situazione sia piacevole o incerta, strutturando quello che viene chiamato riferimento sociale: per questi aspetti è importante la reattività genitoriale.

La funzione rappresentativa, consiste nell'aiutare il bambino a sviluppare la capacità di rappresentazione e di pensiero, anche in base allo stadio evolutivo in cui si trova. Questa si collega allo sviluppo del concetto di sé categorico e la capacità di autoriflessione per permettere di far sviluppare il senso di orgoglio, di meritocrazia, di colpa e la consapevolezza di sé (Bornstein, 2002).

La funzione triadica riguarda la capacità del genitore di non creare una relazione esclusiva con il proprio bambino, ma di inserire anche il terzo, sviluppando quello che viene definito co-parenting sia a livello supportivo sia a livello di arricchimento della relazione, grazie alle convinzioni, ideologie e punti di vista propri di ogni persona. Freiberg, nel 2003, delinea un modello sul co-parenting illustrandone quattro elementi fondamentali: concordo o disaccordo sulle cure parentali; il livello di supporto dimostrato all'altro; la ripartizione delle cure parentali e la gestione delle relazioni e interazioni (Del Vecchio et al,

2013). È presente l'alleanza genitoriale quando ci si impegna a stimare l'altro nel suo ruolo genitoriale ed è importante sottolineare che le relazioni conflittuali tra i coniugi possono incidere profondamente sullo sviluppo del bambino, sulle sue conoscenze e sulla sua percezione del mondo. Inoltre, bisogna considerare la presenza di un cambiamento importante nel momento in cui si accede alla prima gravidanza: la transizione alla genitorialità. (Del Vecchio et al, 2013) È un momento molto delicato poiché implica introdurre una nuova funzione, la funzione genitoriale, all'interno di una funzione già esistente, la funzione coniugale, e gestire l'irreversibilità di questa nuova funzione nella coppia porta anche a rivalutare se stessi e le proprie relazioni più profonde. Scabini nel 1997 afferma: *«Ci si può lasciare come coniugi, non ci si può lasciare come genitori. Quello da genitore è un ruolo che dura tutta la vita.»*

Un importante modello che spiega le dinamiche genitoriali è il modello delineato da Swain nel 2007. L'autore tratta dell'esistenza di un "parental brain", che racchiude tutte le aree preposte per la funzione genitoriale implicate nell'elaborazione degli stimoli infantili e determina la messa in atto di un comportamento di cura verso il proprio bambino (Venuti et al., 2018).

Altri modelli associati al modello di Swain sono il modello Bio-psico-sociale dello sviluppo e il modello Ecologico di Bronfenbrenner che delineano l'interazione a più livelli tra i fattori genetici, psicologici e sociali che determina lo stato di salute dell'individuo e influenzano lo svolgimento della funzione genitoriale. Ogni elemento che circonda la vita del bambino e del suo genitore, sia interno che esterno ad essi, influenza la qualità della relazione. Belsky, nel modello teorico sviluppato nel 1984, identifica tre elementi che influenzano il parenting: la storia, le esperienze pregresse e le caratteristiche specifiche di personalità del genitore; le peculiarità del bambino; e l'ambiente sociale che circonda la relazione genitore-bambino (Del Vecchio, 2013).

A livello genitoriale ci sono tantissimi fattori che influenzano la genitorialità andando a determinare comportamenti e modalità di risposta diverse, come: il genere, poiché le donne sono in grado di mostrare più empatia e di adeguarsi meglio all'emozione dell'altro considerando di più l'aspetto delle cure, al contrario degli uomini che preferiscono un approccio più ludico-fisico (Bornstein,

2002); età, perché è stato dimostrato che madri adolescenti mostrano meno sensibilità e responsabilità nell'interazione rispetto a madri più grandi (Del Vecchio, 2013); stress ambientali o personali; personalità, in quanto è stato dimostrato che la presenza di un alto adattamento, di benessere psicologico e alta sensibilità favoriscono un buon parenting poiché permettono di sintonizzarsi in maniera adeguata ai bisogni del bambino (Belsky, 1984). Ci sono anche le convinzioni genitoriali che determinano comportamenti e modalità diverse nell'interazione con il bambino e diverse modalità di reazione agli stimoli (Bornstein, 2002); il livello socio-economico, in quanto un SES basso incide sul funzionamento psicologico genitoriale, considerandolo come un fattore di rischio poiché può determinare approcci relazionali diversi²⁶; e, come ultimo, il luogo, il gruppo di appartenenza, la rete sociale e il supporto sociale annesso poiché è stato dimostrato che la presenza di un basso supporto sociale comporta una ridotta sensibilità materna verso il bambino, soprattutto se il bambino è irritabile. (Belsky, 1984; Bornstein, 2002)

Un altro fattore determinante nella funzione genitoriale è la trasmissione intergenerazionale: tutto quello che viene tramandato da una generazione all'altra si inserisce in maniera inconsapevole nella relazione con il bambino. Problematiche e aspetti caratterizzanti della relazione che il genitore ha con i propri genitori possono intromettersi in maniera più o meno invadente nella relazione con il figlio e l'impatto che queste trasmissioni possono avere sulla relazione dipendono da quanto sono inconsapevoli, non elaborate e negative. Se le cure parentali primarie non sono state adeguate, il genitore potrebbe essere in difficoltà nel rapporto con il figlio perché potrebbe non riuscire a cogliere i segnali e i bisogni del figlio oppure non rispondervi in maniera adeguata proprio perché non ha un esempio a cui riferirsi. Ne consegue che anche la costellazione materna, e quindi gli stati di arousal, la regolazione, i momenti di incontro verso il bambino, sono determinati dalle cure parentali che i genitori hanno ricevuto a loro volta, che impattano profondamente sulla

²⁶ Bornstein M. H. (2002), p. 29, 267. È stato dimostrato che madri statunitensi, con un SES più alto delle madri africane in esame, mostravano maggiormente comportamenti verbali verso i loro figli per calmarli, a differenza delle madri africane che preferivano il contatto fisico.

percezione che hanno di loro stessi, ponendo l'attenzione sulle cure ricevute a sua volta da bambino e sulla loro percezione di essere in grado o meno di prendersi cura di qualcun altro.

Occorre considerare anche la presenza o meno di altri figli. Il comportamento adottato con i primogeniti è diverso rispetto a quello che viene adottato con gli altri figli per diverse ragioni, ma principalmente perché i genitori si sentono meno a loro agio, o perché tendono a percepire i figli primogeniti come più richiestivi. Quindi, la nascita di un secondo figlio, cambia le varie dinamiche e le varie concezioni e credenze sulla genitorialità.

Tutti questi fattori determinano l'autoefficacia percepita, la prevedibilità, l'adattabilità e la percezione delle responsabilità del ruolo ed è stato dimostrato che percepirsi adeguati nel ruolo migliora la relazione. Queste competenze permettono di stimolare il bambino favorendo anche lo sviluppo del linguaggio, attraverso il gioco, la lettura di libri e la conversazione continua con lui (Bornstein, 2002).

Rispetto al bambino, invece, ci sono vari fattori propri che possono determinare la qualità della funzione genitoriale. Alcuni autori parlano di stato di salute, età, poiché per esempio ci possono essere modalità di iperinvestimento nell'età infantile e un allontanamento man mano che il bambino cresce, e genere del bambino²⁷(Bornstein, Tamis-LeMonda et al, 1992); altri riferiscono una condizione in cui i bambini risultano essere uno stimolo meno attraente per i loro genitori rispetto ad una condizione tipica (Bornstein, 2002). Rispetto a quest'ultimo punto, Goldberg spiega che l'attrattività che creano i bambini nei loro genitori è dettata da: reattività, leggibilità e prevedibilità del bambino. La reattività riguarda la capacità del bambino di reagire ai meccanismi di stimolo - azione. La leggibilità riguarda la capacità del bambino di mettere in atto comportamenti e segnali che sono comprensibili e addirittura inequivocabili dal genitore, il quale coglierà subito il suo stato interno e i suoi bisogni e vi risponderà in maniera rapida e adeguata. La prevedibilità si riferisce alla possibilità del genitore di anticipare i comportamenti del figlio e prepararsi di

²⁷ È stato dimostrato che i genitori mostrano comportamenti responsivi diversi a bambine con un temperamento più difficile rispetto a bambini con un temperamento difficile, con una maggior accettazione di quest'ultima condizione (Bornstein, 2002).

conseguenza. Altre caratteristiche infantili che influenzano il comportamento genitoriale sono anche le capacità cognitive e il temperamento infantile. Rispetto a quest'ultimo, è stato dimostrato che avere un bambino con un temperamento più "facile", ossia positivo, prevedibile e socievole, permette alla madre di sentirsi più competente e rende la relazione più semplice, a differenza invece di un "bambino difficile" che, mostrando un umore negativo, una bassa adattabilità, una alta intensità e una bassa ritmicità, complica notevolmente la relazione (Bornstein, 2002; Thomas et al.,1963). Il temperamento cambia considerevolmente nel corso della prima infanzia, diventando stabile tra i 2 e 4 anni di vita e quindi si conferma nuovamente che esperienze ed interazioni con i genitori nelle primissime fasi della vita sono fondamentali e che l'incompetenza materna può avere conseguenze considerevoli sul temperamento del figlio (Bornstein, 2002).

La cultura è un altro fattore da prendere in considerazione nella differenza genitoriale poiché determina tantissime credenze e atteggiamenti diversi in molti ambiti tra cui la cura, la crescita del bambino e la reattività genitoriale stabilendo a quali stimoli infantili rispondere e quali comportamenti mettere in atto poiché ogni persona è frutto della cultura di appartenenza (Bornstein, 2019). Allo stesso tempo determina una differenza anche nella successione e nelle tempistiche di risoluzione dei compiti di sviluppo, del significato che ne viene attribuito e nell'obiettivo generale dello sviluppo al fine di incentivare l'autonomia o l'interdipendenza²⁸. Ciò che non cambia sono i tipi di compiti di sviluppo, che sono per lo più universali e differiscono solo per qualche specificità (Bornstein, 2002).

Nel corso dei secoli la struttura familiare e le modalità relazionali sono mutate completamente in base ai cambiamenti culturali ed organizzativi che avvenivano all'interno delle società (Del Vecchio, 2013). All'inizio del XX secolo regna la famiglia contadina, ossia famiglie estese caratterizzate dalla presenza di un capofamiglia che dettava legge, dalla solidarietà, da una mentalità

²⁸ Bornstein M. H. (2002),p. 64.Le madri giapponesi si aspettano una padronanza precoce di maturità emotiva, autocontrollo, cortesia sociale e una dipendenza nella diade, mentre le madri americane promuovono una padronanza precoce della competenza verbale, l'esplorazione e il gioco.

conservatrice e da un rapporto più distaccato con i genitori in cui si usava dare del Lei. Le cose cambiano con l'industrializzazione e lo sviluppo di una famiglia nucleare in cui la relazione tra i coniugi e con i figli considera anche un legame affettivo più intimo. Nel corso degli anni e con il miglioramento della qualità di vita, si sono create nuove strutture familiari, famiglie di fatto o famiglie monogenitoriali nelle quali si è incrementata ancora di più l'importanza della relazione tra genitore e figlio (Del Vecchio, 2013).

La cultura è importata anche sul temperamento infantile, ad esempio l'inibizione comportamentale è sottovalutata nella cultura statunitense, ma è molto apprezzata nella cultura cinese. Il bambino diventa una "creatura della cultura" poiché l'ambiente culturale che lo circonda gli comunica il modo di pensare, di sentire e di comportarsi (Bornstein, 2019).

La cultura influenza la relazione tra genitore e figlio persino in base al quartiere in cui abitano: esso può fornire stimoli o fonti di rischio considerevoli poiché anche il semplice rapporto che si crea con i vicini di casa permette al bambino di sperimentare le proprie abilità sociali. Il vicinato può determinare tre possibili conseguenze: favorire lo sviluppo, esacerbare comportamenti protettivi genitoriali se questi lo percepiscono come un pericolo e intensificare le problematiche già presenti in famiglia. Infatti, è stato dimostrato come un basso SES, esperienze di vita stressanti e scarso supporto sociale possano determinare maggiori comportamenti antisociali nei bambini durante la loro crescita (Dubow et al, 1997).

2.2 Tossicodipendenza e genitorialità

La tendenza di rivalutare ogni possibile fattore che influenza il parenting ha scaturito la curiosità di indagare anche l'impatto che una patologia genitoriale può avere nella relazione con il proprio bambino. Inizialmente si sostiene che la patologia giochi un ruolo importantissimo nella relazione e che quindi, se presente, possa avere un impatto decisivo sul genitore e sullo sviluppo del bambino. Negli ultimi anni, è stato dimostrato che la funzione genitoriale è

determinata biologicamente solo in parte ed è parzialmente indipendente dalle altre aree della personalità. Di conseguenza, non è presente un'influenza categorizzante tra patologia e funzione genitoriale: può essere presente un disturbo mentale senza questo abbia effetti nella funzione genitoriale e, allo stesso tempo, la persona può essere inadeguata nel parenting e non presentare alcun disturbo mentale (Verrastro, 2015). Per questo motivo la patologia genitoriale rappresenta essere un fattore di rischio e non un fattore deterministico per lo sviluppo evolutivo del bambino.

Secondo l'OMS la Tossicodipendenza è una malattia cronica ad andamento recidivante che determina un uso distorto di una sostanza – oggetto - comportamento, identificato come “oggetto droga” caratterizzato da un senso di irrefrenabilità che sviluppa nella persona il bisogno di ripetere l'esperienza nonostante le conseguenze negative. Nell'individuo si mostra come una condizione esistenziale e si associa a sintomi di astinenza, tolleranza e craving (Girardi, 2016). Nel DSM-5 questa tipologia di disturbi si colloca all'interno della sezione II, denominata Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da Addiction, in cui si differenzia tra Disturbi correlati a sostanza e Disturbi non correlati a sostanze. I primi si distinguono in Disturbi da uso di sostanze (DUS), all'interno del quale vengono considerate dieci classi di sostanze e Disturbi indotti da sostanze, in cui vengono specificate l'intossicazione, l'astinenza e i disturbi mentali indotti da ogni classe di sostanze. Nei Disturbi da Addiction è considerato il Disturbo da Gioco da azzardo (Gambling Disorder). All'interno della Sezione III sono contenuti i Disturbi da uso di caffeina, Disturbo da gioco su internet e Disturbo neurocomportamentale associato a esposizione prenatale all'alcol (DN-EPA), ossia patologie che non hanno ancora ottenuto un riconoscimento validato.

In generale la dipendenza da sostanze comporta molte conseguenze fisiche: alcune possono mostrare un effetto inibitorio, agendo come analgesico, o un effetto stimolante sul sistema nervoso centrale; comportare un discontrollo emotivo, locus of control esterno, alessitimia, apatia, disinibizione comportamentale, sentimenti di euforia; alterazione dei lobi frontali che comporta problematiche di pianificazione e di memoria (Galiazzo, 2018).

In letteratura, in ambito delle tossicodipendenze, è stato dimostrato che: l'abuso di sostanze dei genitori non determina stili genitoriali inadeguati; questa condiziona non comporta per forza una problematica relazionale nei bambini; le problematiche manifestate da figli di tossicodipendenti a lungo termine sono correlate principalmente al contesto inadeguato in cui è inserito in generale e non dalla patologia genitoriale specifica; e, come ultima cosa, è stato dimostrato che ci sono altre patologie genitoriali che determinano più problematiche nei figli rispetto alla tossicodipendenza come la depressione, i disturbi d'ansia e i disturbi di personalità. È però importante sottolineare che la maggior parte dei soggetti tossicodipendenti presenta quello che viene definito "doppia diagnosi" in cui è compresente alla diagnosi di tossicodipendenza una diagnosi di disturbi mentali e quindi richiedono più interventi per far fronte ad entrambe le diagnosi (Stocco, 2012). Questa condizione è più sviluppata nelle donne rispetto agli uomini ed è dovuta a una comorbidità o a condizioni in cui una è la causa dell'altra²⁹.

In questo progetto tesi verrà considerata specificatamente la diade madre-bambino e la tossicodipendenza materna, non soffermandoci sulla relazione con il padre.

Le patologie che spesso sono associate alla tossicodipendenza femminile sono: Disturbi del comportamento alimentare (DCA), la patologia più presente, ed è legata a problematiche sul piano relazionale e di accettazione di sé; Disturbi dell'umore, principalmente depressione e disturbo bipolare; Disturbi d'Ansia; Disturbi di Personalità, come disturbo istrionico e borderline; e Disturbi da stress post-traumatico (PTSD).

Le varie patologie possono influire in modalità molto diverse all'interno delle dinamiche familiari e relazionali: possono incidere a livello dell'organizzazione familiare, nel carattere e nella vulnerabilità del figlio, nell'accettazione della patologia e nel grado di coinvolgimento del figlio nella patologia genitoriale, per esempio se la patologia si è insinuata nel genitore in concomitanza con la

²⁹ Ad esempio, l'uso spropositato di cannabinoidi prima dei 18 anni aumenta il rischio di 2/4 volte rispetto ad una condizione tipica di sviluppare un Disturbo dello spettro schizofrenico. Invece, la presenza di un disturbo del comportamento alimentare può incentivare l'utilizzo e il conseguente abuso di sostanze per la repentina perdita di peso associata agli effetti delle sostanze.

nascita del figlio o con altri momenti specifici per il figlio o se quest'ultimo ne è esente. Ad esempio, i bambini di madri depresse mostrano meno abilità sociali proprio perché la madre si relaziona con il bambino con un tono dell'umore molto deflesso, con un minor utilizzo di espressioni facciali, di cui la maggior parte sono negative, molti meno vocalizzazioni e risultano essere meno reattive, e tutto ciò comporta problematiche sia a breve che a lungo termine nello sviluppo del bambino (Bornstein, 2002).

La relazione madre tossicodipendente - bambino è influenzata anche da una questione di genere poiché ci sono differenze considerevoli tra uomo e donna tossicodipendenti. Le donne mostrano un uso più ridotto e più tardivo delle sostanze rispetto agli uomini, ma sono soggette all'effetto Telescoping che consiste in una velocizzazione del passaggio tra la fase di uso della sostanza e la fase di abuso e dipendenza. Questo effetto avviene perché il fisico femminile risponde in maniera diversa alla sostanza rispetto a quello maschile: l'organismo femminile è più vulnerabile alle conseguenze della sostanza per un diverso rapporto di massa magra-grassa e un diverso metabolismo. Per questi motivi, richiedono assistenza molto prima degli uomini e in trattamento presentano un quadro sintomatico molto più compromesso, mostrando anche molto più craving e recidività. Queste diversità sono legate anche a differenze a livello genetico e neurobiologico, presentando differenze nell'organizzazione strutturale cerebrale, ma anche differenze a livello socio-culturale perché le donne, da un lato, mostrano una maggiore vulnerabilità genetica ai fattori ambientali, mentre, dall'altro lato, sono sottoposte maggiormente a richieste, aspettative e rischi ambientali. Di conseguenza, le donne mostrano molta più esposizione ad eventi traumatici che aumentano il rischio di sviluppare un PTSD e di iniziare ad usare le sostanze, con un successivo aumento delle possibilità di sviluppare una tossicodipendenza. Infatti è stato dimostrato che il 55%-95% di donne che richiedono assistenza per tossicodipendenza ha subito esperienze traumatiche durante l'infanzia (Kumpfer & Bays, 1995; Whitesell et al, 2013).

Inoltre, queste esperienze determinano ansie, paure e dinamiche intrusive che spingono la donna ad assumere le sostanze anche durante la gravidanza,

influenzando considerevolmente lo sviluppo e la relazione con il figlio. Infatti, vari studi hanno dimostrato che la qualità interattiva adottata dalla madre può rappresentare sia un fattore protettivo sia un fattore di rischio: se il genitore riesce a creare una buona relazione con il figlio, questa garantirà uno sviluppo socio - emotivo e cognitivo adeguato del bambino; se la relazione invece risulta problematica, diventerà un fattore di rischio e il bambino, indipendentemente dalla presenza di una patologia genitoriale o meno.

La tossicodipendenza materna, nonostante siano stati erogati sempre più programmi di prevenzione in cui vengono mostrati gli effetti delle sostanze sul bambino, è un fenomeno sempre più diffuso tanto da dichiarare che circa il 90% delle donne tossicodipendenti è in età riproduttiva (French, 2013; Hoare, 2009). In Italia il 4% di donne in gravidanza dichiara un uso non problematico, lo 0,2% afferma una dipendenza ed è stato stabilito che circa 2500-3000 partorienti fa uso di sostanze (Verrastro, 2015).

La letteratura esplica numerosi effetti che la tossicodipendenza materna esercita sul figlio e sul suo sviluppo che possono essere diretti e indiretti e sono presenti fin dalla gravidanza (Stocco, 2012). Una delle prime problematicità è la possibilità di una gravidanza inattesa e il conseguente rifiuto di essa, condizione che capita molto spesso con le donne tossicodipendenti. Collegato ad essa, c'è anche una difficoltà di riconoscere i segnali corporei che indicano la presenza di una gravidanza, e per questi motivi le cure specifiche vengono richieste tardivamente; addirittura capita che la prima volta che si recano in una struttura per ricevere assistenza è proprio il momento del parto (Bona & Zaffaroni, 2003; Fava Vizziello et al, 1997)³⁰. Inoltre, c'è anche difficoltà ad individuare un'esposizione biologica alla sostanza: oltre al ritardo nelle richieste assistenziali, è presente una difficoltà nel disporre delle analisi specifiche per individuare l'assunzione di sostanze durante la gravidanza e, molto spesso, la prescrizione di queste analisi avviene solo grazie al dubbio del medico (Weir et al, 1998). Se viene deciso di approfondire la questione, le metodologie più

³⁰ Le donne Tossicodipendenti fanno fatica a cogliere i segnali corporei a causa di malnutrizione e di altre problematiche dettate dall'uso frequente di sostanze e per esempio possono mostrare amenorrea.

diffuse sono self-report³¹, questionari molto semplici ma soggetti a molti bias, anche per la presenza di concezione negativa che le donne tossicodipendenti hanno verso gli operatori sanitari (Roberts, & Nuru-Jeter, 2010), infatti è stato dimostrato che del 30-40% delle donne risultate positive alle analisi biologiche, solo 1% lo aveva dichiarato nelle misure self-report (Wendell, 2013).

L'esposizione prenatale può comportare gravi complicanze sia per la madre che per il feto, soprattutto per il fatto che i metaboliti delle sostanze assunte arrivano direttamente al feto attraverso i processi di diffusione trans-placentare (Narkowicz et al, 2013). Il livello di esposizione della sostanza del feto dipende però da vari elementi: che tipo di sostanza è stata assunta, poiché per esempio se la madre assume sostanze che hanno un effetto inibitorio a livello cerebrale, il bambino alla nascita può mostrare problematiche respiratorie (Stocco et al, 2012); la quantità di sostanza assunta dalla madre; il metabolismo materno e fetale e i processi di trasporto placentare (Cheng et al, 1993).

Sulla base di tutti questi aspetti, vengono definiti vari tipi di esiti e di problematiche che potrebbero determinare complicanze a livello della gravidanza, della sofferenza fetale e del parto (Stocco et al, 2012): ad esempio ci possono essere aborti spontanei, complicanze da ipertensione materna, emorragia intracranica o riduzione della crescita intrauterina fetale o, nel momento del parto, placenta previa, distacchi o rotture placentari, emorragie post-partum e prematurità³². Nel nascituro possiamo riscontrare indice di Apgar inferiori alla norma, morti improvvise, disturbi neuro-comportamentali, se non addirittura due tipologie di sindromi effettive: la sindrome feto-alcolica e la Neonatal Abstinence Syndrom.

³¹ Le misure self - report riguardano: questionari specifici per l'alcol e altri specifici per le sostanze illegali, formati da 4/5 item molto semplici, e per questo soggetti a molta desiderabilità sociale; oppure interviste strutturate (Prenatal Risk Overview). Le analisi biologiche invece sono di diverso tipo: urine e sangue, che permette di visionare l'assunzione di sostanze sono in un periodo di tempo molto recente (qualche ora o qualche giorno); i capelli, il meconio, il liquido amniotico e l'analisi della placenta permettono di valutare una finestra temporale più ampia, ma richiedono strumenti molto specifici, e difficilmente trovabili in laboratorio.

³² Fattore già di per sé preoccupante perché è stato dimostrato che la nascita prematura può comportare numerose complicanze. Di conseguenza, la tossicodipendenza materna comporta dei rischi che sono già di per sé un rischio per lo sviluppo e crescita evolutiva del neonato.

La Sindrome Feto-alcolica (FASD) è una sindrome scaturita dall'abuso materno di alcol durante la gravidanza che comporta delle ripercussioni fetali fisiche e psichiche peculiari, come per esempio la microcefalia, malformazioni cardiache, dimorfismi facciali, alterazioni considerevoli a livello del Sistema Nervoso Centrale, ma anche disturbi del sonno, della motricità fine, dell'attenzione e memoria ed altre poiché uno dei metaboliti dell'alcol si inserisce direttamente nel flusso sanguigno fetale tramite la placenta compromettendone lo sviluppo. La quantità e la gravità di queste anomalie dipende strettamente dalla quantità di alcol assunto dalla madre e dal trimestre in cui è stato assunto. Nonostante la gravità di questa patologia, in Italia l'uso di alcol in gravidanza è strettamente sottovalutato.

La Neonatal Abstinence Syndrome (NAS) invece rappresenta essere una vera e propria crisi astinenziale neonatale. Quest'ultimo, infatti, è stato talmente tanto in contatto con la sostanza durante la gravidanza da sviluppare sintomi di tolleranza e astinenza che dovranno essere trattati come una comune astinenza adulta. È stato indagato che i bambini che mostrano questa patologia sono circa 375.000 (Stocco et al, 2012).

Questa patologia presenta una triade sintomatologica: sintomi legati al sistema nervoso autonomo; sintomi neurologici, tra cui pianto acuto molto caratteristico, tremori e ipertonìa; e sintomi gastrointestinali, come diarrea, vomito e scarsa crescita. È una patologia complessa che interessa varie aree ed è difficile da individuare perché il quadro clinico è molto simile ad altre condizioni patologiche, l'assunzione di sostanze non è dichiarato dalla madre e i primi sintomi possono manifestarsi anche qualche giorno dopo la nascita, quando la madre è già a casa e di conseguenza comporta un ritardo nell'intervento. Per individuarla sono stati proposti varie misure, tra cui la NICU Network Neurobehavioral Scale (NNNS) e la Fetal Neurobehavioral Coding Systems (FENS). L'intervento riguarda un trattamento non farmacologico, come tecniche di rilassamento e l'allattamento al seno (Jansson & Velez, 2012), e uno farmacologico nel 31% dei casi, come l'utilizzo del metadone per ridurre la concentrazione di oppiacei nel sangue, per cercare di evitare il craving e per ridurre sempre di più i sintomi astinenziali (Kandall et al, 1999).

Le conseguenze dell'esposizione prenatale si possono manifestare anche in momenti post-natali. Durante l'infanzia si possono manifestare problematiche a livello morfo-genetico, a livello della struttura e del funzionamento cerebrale, dello sviluppo motorio, dello sviluppo cognitivo, delle abilità linguistiche e dello sviluppo socio-affettivo. Queste complicanze poi si protraggono nella preadolescenza e nell'adolescenza con problematiche a livello delle funzioni esecutive. È importante specificare che la compromissione a livello cognitivo non è generale, ma è localizzato solo in alcune aree o funzioni e che gli esiti manifestati dal soggetto dipendono in parte dall'effetto diretto di questa esposizione, e in parte da altri fattori di rischio collegati a queste condizioni, come la rete sociale non adeguata o la prematurità (Azuma & Chasnoff, 1993). Oltre a creare complicanze a livello fisico, ci possono essere anche conseguenze a livello psicologico di fronte a questa gravidanza inaspettata: non importa se la mamma durante la gravidanza smette di assumere sostanze, può comunque incidere profondamente nella relazione perché i vissuti e stati emotivi non elaborati possono influire profondamente nella relazione (Stocco, et al, 2012). Il bambino può essere superinvestito dalle aspettative e dalle proiezioni materne a tal punto da determinare un rifiuto della madre, facendole sviluppare sentimenti di negazione-distruttivi o di colpa; o addirittura iperinvestirlo di aspettative positive verso il futuro, percependolo come occasione di rivalse (Fava Vizziello, et al, 1997). Sono tutti sentimenti e aspettative che si protraggono fin dopo la nascita e che vanno ad influire profondamente nella relazione determinando un parenting incoerente e ambivalente, in cui sono presenti momenti di ipercoinvolgimento e momenti di trascuratezza da parte della madre. (Fava Vizziello et al, 1997; Polansky et al, 2006).

Tipicamente, le madri tossicodipendenti mostrano: basso coinvolgimento e alta passività, scarsa reattività di fronte agli stimoli infantili, scarsa reciprocità e atteggiamenti negativi o non adeguati. A sua volta il bambino, che secondo il modello transazionale influenza profondamente la diade, può adottare modalità interattive che non favoriscono la relazione, come una scarsa passività e scarsa iniziativa relazionale e affettività negativa. Si instaura così quello che viene

definito Profilo Interattivo diadico a rischio, che si protrae anche nelle successive fasi evolutive del bambino (Johnson, 2011): dal lato materno è presente scarsa sensitivity, scarsa responsivity, intrusività o ostilità; e, dal lato infantile, scarso coinvolgimento e reciprocità che comportano problematiche che si manifestano successivamente anche nelle relazioni con i coetanei.

Questa condizione può determinare anche quadri clinici diversi tra cui disturbi della condotta e disturbi dell'attaccamento, legati principalmente a un blocco nel processo di separazione-individuazione e a problematiche nella formazione di un'identità (Gorini & Brera, 2004).

La diade è influenzata anche dal contesto ambientale associato alla tossicodipendenza materna. Si fa riferimento principalmente alle condizioni di vita precarie, sia sul piano economico, sia sul piano organizzativo, che comportano ritmi di vita molto instabili e caratterizzati da continui cambiamenti e separazioni. C'è anche la possibilità che il bambino sia esposto ad eventi traumatici: abbandono materiale e trascuratezza, maltrattamenti o abusi, violenza assistita, lutti, separazioni precoci e ripetute, conflitti e continue discussioni tra genitori o con altre persone (Del Vecchio et al, 2013). L'impatto che questi episodi possono avere sul bambino dipendono da quattro fattori: l'età del bambino, in quanto più sono piccoli i bambini, più sono vulnerabili e più fanno fatica a dare un senso a questo episodio e a cercare di ridurre l'impatto; il legame con il soggetto abusante, poiché più il legame è stretto, come quello con un genitore, più gli effetti sono amplificati; se è presente o meno abuso fisico, quanto è grave e per quanto tempo è presente; se il bambino può fidarsi con qualcuno e la risposta ricevuta a questa confessione e, se dovesse essere ignorato, le conseguenze negative aumenterebbero considerevolmente.

Sono tutti momenti che aumentano fattori di stress e che molto spesso vengono minimizzati, anche involontariamente, non considerando il potenziale impatto che possono avere sul bambino. Questo tipo di esposizione, associato ad una inadeguata capacità genitoriale di mediazione dovuto all'assunzione di droghe, fanno diventare la relazione estremamente imprevedibile, rendendo il bambino incapace di farvi fronte e determinano una modifica in termini di sicurezza di

quest'ultimo, un'assenza di empatia e fiducia nell'altro, e la presenza di irritabilità che avranno ripercussioni anche sull'approccio verso il mondo (Bornstein, 2002).

È stato dimostrato che il contesto in cui si instaura questa relazione e l'esposizione prenatale, tramite un'influenza reciproca, definiscono una disregolazione neurocomportamentale (Rose-Jacobs et al, 2009).

Per queste ragioni, e soprattutto grazie alle numerose scoperte scientifiche, sono stati delineati numerosi progetti per tutelare e supportare la diade, sia in contesti tipici sia in quelli atipici (Zambianchi, 2012). Perfino la comunità europea si è espressa per tutelare la famiglia che, in un periodo di profonde crisi economiche e sociali, la considera come una risorsa da utilizzare per sanare la crisi sociale, sviluppando così compendi e documenti che propongono percorsi per supportare il parenting e far sviluppare skills specifiche come il *Compendium of Inspiring Practices on Early Intervention and Prevention in Family and Parenting Support*³³. I modelli più diffusi in questo periodo sono i modelli di caring e si suddividono in quattro macroaree di interventi familiari: accademici, tecnici, esperienziali e di empowerment. (Zambianchi, 2012)

Gli interventi accademici riguardano seminari che si pongono l'obiettivo di far acquisire capacità, conoscenze e strategie adeguate per gestire in maniera vantaggiosa il parenting, ma la unidirezionalità che li caratterizza ne sta determinando il progressivo abbandono.

Gli interventi tecnici sono svolti in piccoli gruppi che cercano di favorire l'acquisizione di skills come supporto al parenting, la condivisione e la partecipazione attiva. Di solito vengono utilizzati questo tipo di interventi per gruppi che presentano specifici quadri patologici.

Gli interventi esperienziali invece definiscono il focus sul genitore, evitando di creare un programma dettagliato da seguire e basandosi sulle esigenze specifiche dell'individuo, i cosiddetti gruppi di auto mutuo aiuto.

In ultimo, gli interventi di empowerment racchiudono gli aspetti fondamentali dei tre interventi descritti precedentemente, e si propongono quindi di offrire

³³ Sviluppato da Eurochild nel 2012, propone progetti per la prevenzione e l'intervento precoce nei vari stati.

conoscenze e capacità in un contesto “intimo” in cui i genitori e le loro esperienze e preoccupazioni vengono messe in primo piano. Si cerca quindi di valutare ed esaltare i punti di forza e trovare strategie efficaci per i punti deboli. Un esempio degli ultimi due progetti descritti è il Progetto Europeo ALICE³⁴.

Inizialmente, l'influenza della tossicodipendenza sul parenting non è stata molto considerata e, di conseguenza, anche in Italia, i bambini venivano separati dai genitori per essere affidati ad parenti prossimi e più adeguati (Stocco, 2012). Sulla base di numerose ricerche, che hanno dimostrato tutti i vari rischi e pericoli che possono essere presenti, sono stati sviluppati vari tipi di progetti che si propongono di tutelare e promuovere il benessere della madre e del bambino e della loro relazione, andando anche a istituire strutture residenziali che li ospitano insieme, le strutture residenziali di tipo C1. Sono strutture incentrate sul sistema famiglia – genitore - figlio e si propongono di tutelare e di favorire abilità che permettano di sostenere la relazione attraverso diversi tipi di interventi per poter lavorare su vari fattori della diade, inglobando nel percorso terapeutico materno anche il figlio (Stocco, 2000).

Una di queste strutture è “Casa Aurora”, nata nel 1994 all'interno di un progetto pilota del Veneto, che nel corso degli anni è diventata anche Comunità terapeutica riabilitativa psichiatrica (CTRP) ed è stata oggetto di numerose ricerche e progetti. Nel 2003 ha partecipato ad una ricerca europea istituita dalla IREFREA Italia che ha permesso di stipulare un Vademecum riguardante il sostegno e il supporto che necessitano le donne tossicodipendenti. Negli stessi anni ha anche partecipato ad una ricerca nazionale dal quale sono state redatte delle Linee Guida per il sostegno da offrire a donne e future madri tossicodipendenti (Stocco, 2000). Nel 2009 è stata sviluppata una ricerca che ha permesso di racchiudere le nuove prospettive anche riguardo all'intervento offerto a mamme tossicodipendenti e ai loro figli. Si è proposto di valutare gli interventi realizzati dai genitori attraverso una misurazione longitudinale che riguarda tre ambiti: la valutazione psicologica della mamma; la abilità di parenting mostrate dai genitori -anche del padre se presente-; valutazione delle caratteristiche del bambino e delle sue capacità di adattamento (Stocco, 2012).

³⁴ Adults Learning for Intergenerational Creative Experiences. Zambianchi, E. (2012), p. 87.

Al progetto hanno partecipato 24 mamme, con età media di 31 anni e con esordio intorno alla preadolescenza-adolescenza, mostravano un attaccamento insicuro legato a vissuti traumatici infantili e a 10 di loro è stata diagnosticata anche una personalità con alcuni tratti borderline. La diade viene valutata in più momenti durante la loro permanenza in comunità. Questo progetto ha permesso di valutare l'adeguatezza degli interventi proposti e di constatare che le dinamiche relazionali comunitarie in questione permettono di acquisire un modello relazionale più funzionale e un supporto considerevole. Gli interventi proposti sono diversi, tra cui il progetto "Mamme x Mamme" di novaurora, il progetto "Psicomotricità Relazionale" e il Gruppo Avventura, progetto di Montagnaterapia.

2.3 Tossicodipendenza e Montagnaterapia

La Montagnaterapia, utilizzata inizialmente solo in contesti schizofrenici, si è rilevata molto efficace anche in contesti di tossicodipendenza, anche se è doveroso specificare che, in generale, l'intervento sulle tossicodipendenze è molto complesso perché si tratta di una patologia ad alto rischio recidivante anche per la presenza continua di sintomi astinenziali che incentivano l'uso della sostanza, anche dopo molti anni dall'ultima assunzione.

È stato dimostrato che l'esperienza in natura è valido in questo tipo di contesti perché espone la persona ad un'azione parlante, ossia un'attività che trasforma un messaggio terapeutico in un atto pratico e concreto, che se fosse espresso a parole, sarebbe di difficile comprensione. Infatti Racamier, all'interno di "Lo psicoanalista senza divano" definisce alcuni assunti fondamentali per le cure verso i pazienti gravi e afferma che è fondamentale permettergli di avere esperienza di situazioni, azioni o oggetti parlanti perché risultano essere molto più efficaci della parole, utilizzando un approccio di vicinanza più adeguato. In un contesto in cui il pensiero e la parola sono compromessi è molto difficile

riuscire a fare progressi solo con un approccio verbale e, per questo motivo, la Montagnaterapia può incentivare molti miglioramenti.

Questo tipo di approccio permette di affrontare la problematica dell'integrazione: legati al mondo delle tossicodipendenze ci sono molti pregiudizi e credenze che spingono in maniera considerevole le persone comuni ad emarginare ed etichettare le persone che presentano questa patologia. Bisogna specificare però che il pregiudizio è presente anche in maniera viceversa: le persone con questa patologia sono molto scettiche verso l'altra persona sconosciuta per vari motivi, dovuti anche a vissuti passati o convinzioni proprie. Le dinamiche gruppali dell'esperienza montana, invece, permettono di abbattere qualsiasi pregiudizio e di vedere le persone nella propria genuinità, facendo sperimentare a tutti i membri del gruppo sfide e ostacoli da superare attraverso la cooperazione e la condivisione (Sabbion et al, 2013).

Inoltre, permette di lavorare anche a livello personale: offre molti momenti che favoriscono il miglioramento del funzionamento cognitivo, come problem solving, strategie di coping, abilità di giudizio e spazio-temporali e di gestione delle emozioni e della frustrazione, permettendo alla persona di dare un nuovo senso alla propria vita e alla propria storia (Frugoni & Frassine, 2012; Grimaldi, 2014). Questo tipo di patologia è definita da vissuti di delusione e da convinzione che si inseriscono in quello che in letteratura viene chiamata Doppia Negazione, ossia la negazione di avere la patologia e la negazione di avere delle risorse che gli permettano, da un lato, di smettere di assumere la sostanza e, dall'altro, di mettere in atto un'azione efficace e concreta. Fabbrini e Melucci, nel 2000, affermano: *«Il valore dell'azione concreta che incontra il mondo è insostituibile. Diversamente dal sentimento volubile e contraddittorio, e diversamente dal pensiero reversibile e ipotetico, dilatato nel passato e nel futuro, l'agire obbliga ad assumere il senso del limite nel qui e ora»*. Inoltre, affermano che un'azione concreta permette di far uscire la persona da "un tempo di troppi possibili", smettendo di essere inserito nel circolo vizioso tipico della tossicodipendenza in tutto ruota intorno alla sostanza e alla sua ricerca. La Montagnaterapia permette di sviluppare intenzionalità di azione e decisione,

imparando anche a confrontandosi con le conseguenze che queste decisioni e azioni hanno su di sé e sul gruppo e la allontana dalla sostanza rendendola più consapevole sia del suo stato di malessere, sia delle sue capacità, permettendo anche di sostituire l'eccitamento, l'adrenalina scaturite dalla sostanza con un'adrenalina genuina e vera, nata dalle emozioni e da esperienze forti.

L'attività in natura agisce anche sulla concezione che il tossicodipendente ha del proprio corpo: il soggetto è solito non accettare sé stesso e il proprio corpo, attaccandolo e soddisfacendo qualsiasi bisogno tramite l'utilizzo della sostanza. In natura questo non è possibile perché la persona per raggiungere la meta deve avere cura del proprio corpo in maniera meticolosa assecondando ogni sua richiesta. Riuscendo a fare a meno della sostanza, soddisfacendo i bisogni direttamente e raggiungendo la meta, la persona si considererà forte ed invincibile e così migliora la concezione che ha di sé e del proprio corpo.

Questa patologia è caratterizzata anche da continui sintomi intrusivi e astinenziali che incitano la persona ad assumere di nuovo la sostanza per annullare questi effetti negativi, rendendo il tempo libero molto pericoloso e destabilizzante. È stato dimostrato che l'attività sportiva determina una riduzione considerevole dei sintomi astinenziali (Amendolagine, 2019): alcuni studi hanno dimostrato che l'attività motoria favorisce una diminuzione dell'attività della corteccia prefrontale e un aumento di neurotrasmettitori e della secrezione di BDNF (Dietrich, 2009; Heyman et al,2012). Attraverso la Montagnaterapia la persona può imparare a gestire e rapportarsi in maniera adeguata con il silenzio, come momento di comunicazione più autentico e favorire l'ascolto del proprio mondo interno – cosa che nella tossicodipendenza non è possibile perché si cerca di contrastare il più possibile ogni emozione o stato interno - l'attesa, la solitudine, la frustrazione, la paura e il rischio, tutti momenti che prima favorivano l'utilizzo della sostanza. In vari studi è stato dimostrato che l'attività fisica aiuta combattere la dipendenza da tabagismo, alcol e sostanze stupefacenti (Frugoni & Frassine, 2012; Mamen, 2011; Patten, 2017; Roessler, 2017; Sabbion et al, 2014).

La Montagnaterapia, in conclusione, permette di creare un vissuto di esperienze efficaci che possono avere effetti profondi sulla persona,

riscoprendosi e conoscendo nuovi aspetti di sé e, allo stesso tempo, permettendo agli operatori di conoscere l'utente sotto un profilo diverso (Sabbion et al, 2014). Per questo motivo ci sono varie realtà che propongono la Montagnaterapia in contesti di tossicodipendenza, come: la Comunità terapeutica per le tossicodipendenze di Paitone, della Cooperativa sociale di Bessimo, Comunità Arca di Como, Comunità Molino della Segrona di Noviglio (MI), Cooperativa Comunità Atipica di Sirtori (LC), Comunità San Francesco di Monselice con il progetto "Legato ma libero"³⁵, Sert Pordenone, insieme al CAI di Pordenone e l'Associazione "i ragazzi della panchina" con il progetto "Legati ma liberi step by step", Serd Dolo e Comunità terapeutica G. Olivotti in cui viene realizzato il progetto "Metaxù - una via di mezzo"³⁶. Un ulteriore progetto molto innovativo ed efficace è "Esperienze al rifugio", promosso da SAT³⁷ e dalla Federazione Trentina della Cooperazione, in cui è stato proposto a circa 25 utenti uno stage formativo/ lavorativo in uno dei sette Rifugi aderenti per un periodo di circa 4 giorni consecutivi, di cui si richiede di lavorare 5/6 ore al giorno. Per alcuni partecipanti, questo progetto si è rivelato molto proficuo perché hanno permesso di sviluppare miglioramenti considerevoli tali per cui sono riusciti ad ottenere un contratto lavorativo stagionale in rifugio per la stagione successiva, permettendo così il reinserimento in un contesto sociale e lavorativo reale e validando ulteriormente l'idea che il lavoro e le attività montane possano essere benefiche e terapeutiche per l'individuo.

2.3.1 Gruppo Avventura

Queste esperienze positive, essendo efficaci in un contesto di Tossicodipendenza, possono essere molto valide all'interno di un contesto di Tossicodipendenza e parenting. La madre tossicodipendente mostra un locus of control esterno, inadeguatezza delle funzioni esecutive e disregolazione affettiva che comportano una difficoltà nell'essere reattiva, responsiva e

³⁵ In cui è stata proposta l'attività di arrampicata libera a soggetti tossicodipendenti.

³⁶ Molto simile al Progetto "Legati ma liberi".

³⁷ Società degli alpinisti tridentini.

sintonizzata con il bambino rendendola inadeguata nella relazione; manifesta difficoltà a cogliere e rispondere in maniera consona ai bisogni del bambino e, per la presenza della doppia negazione tipica della patologia, si percepisce come una persona che non è in grado di fare nulla e dedica esclusivamente alla ricerca della sostanza ponendosi con il proprio figlio in maniera erronea, anche con la paura di sbagliare in qualsiasi momento (Galiazzo, 2014). Di conseguenza rende la relazione poco prevedibile e complica il processo infantile di organizzarsi l'esperienza e di crearsi aspettative, che gli permettono di diventare più autonomo. Le esperienze in natura concrete, come il piantare la tenda sotto la pioggia, fare rafting nonostante la paura di capovolgersi e dell'acqua e la presenza di stimoli impattanti e molto veloci che disorientano, soprattutto nelle Tossicodipendenze, possono bloccare la persona. La possibilità di fare esperienze positive in cui vengono sconfitti molti ostacoli determina conseguenze considerevoli sulla propria autostima, permettendo di lavorare sull'idea che la persona ha di sé stesso e del ruolo all'interno della relazione con il figlio. Infatti, è stato dimostrato che le madri che si percepiscono efficaci e competenti nel loro ruolo genitoriale saranno più reattive, più empatiche, più appropriate e meno punitive, offrendo più stimoli e opportunità (Bornstein, 2002).

Le attività in natura offrono un grande supporto alla genitorialità poiché mettono in contatto i membri della diade e permettono alla madre di riavvicinarsi ai bisogni e alle richieste infantili, favorendone la comprensione per imparare a rispondervi adeguatamente.

Come è stato delineato nel primo capitolo, la Montagnaterapia permette di lavorare anche sulle problematiche a livello emozionale e questo è un punto fondamentale all'interno delle tossicodipendenze e del parenting: la mediazione genitoriale e il riferimento sociale, come detto in precedenza, permettono al bambino di crearsi una propria conoscenza del mondo e questo processo viene meno con la presenza di una difficoltà tipica della tossicodipendenza, l'alessitimia. Quest'ultima è la difficoltà di attribuire un nome alle emozioni provate creando problematicità anche all'interno della diade. I soggetti tossicodipendenti mostrano questa difficoltà perché utilizzano la sostanza

proprio per ridurre al massimo le esperienze ed emozioni negative ed esaltare quelle positive. Avendo molta difficoltà a livello delle funzioni cognitive fanno molta fatica a gestire e tollerare gli stati interni negativi e la sostanza rappresenta essere una modalità, molto efficace per loro, di farvi fronte. Per questi motivi, la Montagnaterapia gioca un ruolo considerevole perché, agendo e migliorando le capacità emotive genitoriali, supporta l'acquisizione di moltissime abilità infantili che fino ad ora, per colpa delle difficoltà materne, non si erano sviluppate adeguatamente.

Inoltre, queste esperienze propongono di sperimentare il rischio in maniera sicura, cosa abbastanza destabilizzante in un contesto di Tossicodipendenze per vari motivi: da un lato la persona potrebbe essere spinta ad abusare della sostanza per traumi pregressi che non è riuscita ad affrontare e che hanno portato a sviluppare PTSD e Tossicodipendenza per evitare di affrontarlo; dall'altro potrebbe essere presente il senso di onnipotenza, una problematica tipica della patologia, anche senza la presenza di un vissuto traumatico che incentiva la persona a fare uso della sostanza per favorire una percezione illusoria di controllo onnipotente su qualsiasi aspetto della sua vita, sia interno sia esterno della persona. Oltretutto, queste dinamiche di onnipotenza e di vissuti traumatici non elaborati incidono profondamente nella relazione con il figlio e per queste ragioni la Montagnaterapia permette di dare un aiuto consistente perché fa sperimentare in maniera sicura il rischio senza l'obbligo di assumere la sostanza. Ponendo la persona davanti agli stressor montani, come arrampicarsi nel vuoto o camminare su un sentiero scosceso che si affaccia su uno strapiombo, la persona è propensa a fronteggiare anche traumi e stress passati e a migliorare la sua percezione di onnipotenza. Ciò permette di affrontare le percezioni e convinzioni su diversi aspetti non elaborati, sui pattern comportamentali messi in atto, se adeguati alla gravità del rischio o meno e sulla reazione manifestata. Infatti, la letteratura che si dedica al PTSD e al suo trattamento determina che l'esposizione a momenti stressanti incentiva la desensibilizzazione ed diminuisce la tendenza all'evitamento dei sintomi legati al PTSD ed è stato dimostrato che l'esperienza montana favorisce una presa di consapevolezza e una maggiore verbalizzazione di fatti e vissuti passati

(Scoppola, 2006). «*Andare all'appuntamento con il rischio per abitarlo con scelte e responsabilità delle azioni agite e non solo fantasticate è l'occasione esistenziale di collaudo del proprio potere personale e di relazione armonica con l'ambiente*» (Galiazzo, 2018). In questo modo, oltre a favorire un'elaborazione consona dei vissuti traumatici, permettendo di migliorare il benessere psichico della persona che smette di lottare con pensieri e sensazioni intrusive legate a questi momenti, impedisce che queste esperienze negative influenzino troppo la relazione con il figlio con le loro dinamiche persecutorie tramite la trasmissione intergenerazionale.

Quindi, fare esperienze montane, sia con i figli sia senza di loro, permette migliorare considerevolmente la relazione di parenting, offrendo anche un aiuto considerevole alla madre, lavorando sui vari aspetti deficitari mostrati, e supportando la crescita infantile.

Casa Aurora rappresenta essere l'unica struttura in Italia che ha proposto un intervento di Montagnaterapia in una comunità di tipo C1. Dal 2013, grazie alla collaborazione con l'Associazione di promozione sociale (APS) Equilibero, propone uscite con cadenza periodica alle utenti della comunità, di cui alcune sono svolte insieme ai figli. Questa associazione, dal 2008, struttura e propone progetti di Montagnaterapia sul territorio rivolti a Tossicodipendenti, minori e persone con problematiche psichiatriche con lo scopo «*di promuovere l'esperienza della montagna e dell'ambiente naturale - in ogni forma e disciplina ad essi collegata – come percorso educativo, di animazione sociale e terapeutico-riabilitativo*»³⁸, ed inoltre, è molto attiva anche nel panorama nazionale: organizza in prima linea il lavoro della macrozona Veneto - Friuli Venezia Giulia e partecipa ad ogni convegno sulla Montagnaterapia in maniera considerevole, mostrando i risultati raggiunti dai vari progetti proposti e offrendo sempre nuovi spunti di riflessione grazie anche all'eterogeneità dell'equipe di cui dispone.

Le utenti prese in esame hanno mostrato, dopo sperimentazione e dipendenza da altre sostanze stupefacenti, una dipendenza da eroina. Ciò conferma i dati trovati in letteratura in cui si afferma che solo nel momento in cui si sviluppano

³⁸ Associazione Equilibero, consultabile al sito: www.equilibero.org

sintomi di astinenza e tolleranza dovuto all'assunzione di eroina, la persona inizia a considerarsi un tossicodipendente e a richiedere aiuto. L'eroina ha effetti considerevoli a livello cerebrale: determina l'inibizione della trasmissione nocicettiva periferica al sistema nervoso centrale, inibendo così la risposta di dolore e agendo da analgesico; inoltre provoca il rilascio eccessivo di dopamina sul neurone dopaminergico, accumulandosi nella sinapsi, comportando un rallentamento psicofisico e un'alterazione del circuito della ricompensa. Questo tipo di sostanza regala una forte euforia iniziale, che con il passare del tempo si trasforma in uno stato di ovattamento molto diffuso e quindi un conseguente distacco dalla realtà. I sintomi astinenziali si manifestano sia a livello fisico sia a livello psichico: agitazione psicomotoria attraverso tremori, brividi e sudorazione, emesi, rinorrea e tachicardia, ma anche ansia, depressione, irritabilità, pensiero paranoide e crisi psicotiche. È presente anche una conseguenza di intossicazione acuta che non risulta essere così deleteria per la salute da fungere come motivazione per richiedere aiuto, ma risulta essere una condizione di salute molto delicata poiché determina a livello fisico una assenza di sensibilità al dolore, difficoltà respiratorie, miosi, ipotensione e a livello psicologico una condizione di euforia e di difficoltà di mantenere la concentrazione, ma di apparente tranquillità. Una condizione che desta molta preoccupazione soprattutto per il fatto che è molto frequente è l'overdose. Ci sono numerosi casi di overdose principalmente perché viene sottostimato il principio attivo proprio della sostanza, ma soprattutto perché dopo un periodo di sospensione dell'uso, anche breve, c'è una rapida diminuzione della tolleranza sviluppata fino a quel momento. Quest'ultimo aspetto rappresenta essere un rischio considerevole in un contesto di disintossicazione poiché, essendo una malattia cronica ad andamento recidivante, durante una ricaduta la persona è portata ad assumere un quantitativo maggiore della sostanza, molto di più di quanto gli basterebbe in realtà. L'overdose per eroina è determinata da una triade sintomatica: miosi, depressione respiratoria e coma, e, se non trattata, comporta ipotensione, edema polmonare e shock cardiogeno. Considerando gli effetti della sostanza sulla persona, considerando anche i sintomi astinenziali, si può determinare in sintesi che l'effetto principale dell'assunzione della sostanza

abbia principalmente un effetto calmante e le conseguenze astinenziali comportano una forte attivazione fisica e psichica. Traslata in un contesto genitoriale, queste conseguenze possono comportare molte problematiche a livello relazionale comportando, nella fase di euforia e ovattamento, un allontanamento considerevole dalla realtà, una diminuzione della percezione dei pericoli, stress e dell'importanza di dedicarsi a certi momenti relazionali specifici, mentre, nella fase di astinenza, un aumento sproporzionato di ansia, instabilità dell'umore e di stress, che si possono manifestare anche a livello relazionale.

Il progetto in questione svolto con Casa Aurora è denominato "Gruppo Avventura" e si propone di *«regalare a queste donne svago e distrazione proprio dalla densità di aspettative che il compito della maternità chiede loro, non per allearsi agli aspetti evasivi dal compito, che sono talvolta celati nelle loro patologie, ma per darsi respiri»* proponendo attività in un contesto naturale per diminuire le pressioni che possono avere nella vita quotidiana sia come tossicodipendenti, sia come madri.

Il Gruppo Avventura è strutturato da uscite mensili, con attività diverse in base alla stagione e due incontri formativi pre e post uscita. L'incontro pre-uscita si propone di lavorare su una delle mancanze principali di questi utenti, l'organizzazione dell'esperienza, definendo l'attività in ogni suo aspetto, la gestione dei rischi, la definizione delle aspettative e l'anticipazione dei possibili pericoli (Galiazzo, 2014). In questo incontro vengono definiti i vari ruoli: le reporter, coloro che si dedicano a scattare le fotografie per l'incontro post esperienza; la bussola, che si occuperà del percorso da fare per arrivare alla meta; scopa 1 e 2, che faranno da aprifila e chiudi fila durante tutta l'uscita; il caffè, che si deve occupare della gestione del termos del caffè durante l'uscita, l'orologio, colei che tiene d'occhio il tempo per far rientrare il gruppo nell'ora prefissata; musica, ossia la ragazza che si dedica alla scelta della musica per descrivere l'uscita; cambusa cibo e acqua, ossia coloro che si occupano di preparare il pranzo per tutti; e custode del diario, che si incarica di portare con sé il diario dell'uscita. *«I ruoli sono contemplati, ma finalizzati all'esperienza stessa: tutti uguali di fronte all'esperienza, ma con dei ruoli per*

realizzarla e per non demandare il locus of control all'esterno di sé. Spesso narrata come propria, ma in realtà demandata o delegata, la regia dell'esperienza deve essere richiamata, sottolineata e codificata. Ecco che allora assegnare dei ruoli vincola agli altri e alla propria responsabilità, come obbligo e riconoscimento della propria capacità a rispondere» (Galiazzo, 2018). All'inizio e alla fine di ogni attività c'è un momento di raccoglimento in gruppo, "cerchio del tutti giù per terra", per condividere le emozioni provate in quel momento per lavorare sull'alessitimia genitoriale.

Per le madri le attività riguardano: ferrate, ciaspole sulla neve, trekking, orienteering, breathwalking e nordicwalking, bivacco, arrampicata, speleologia, canyoning, yoga e Ecotuning. Oltre a ciò, vengono organizzate uscite con le utenti e i loro bambini per favorire momenti positivi e per lavorare in maniera concreta sulla diade, incentivando l'acquisizione di abilità di parenting che permettano una relazione più ottimale. Le attività proposte per la diade sono: yoga e Ecotuning, rafting, esperienze con cani, asini e onoterapia e il gioco sulla neve. In aggiunta vengono anche organizzati incontri di montagna terapia per l'equipe, per lavorare sul team building, attraverso attività come il rafting e la barca a vela. Ciò è reso possibile grazie alle collaborazioni con il CAI Dolo per l'attività di Arrampicata Libera, il CAI Mirano per le uscite sulla neve, Associazione 360° per il Rafting e il Torrentismo, il CAI Venezia per le Ferrate, i volontari T'Essere per l'orienteering e il CAI Mestre per le uscite con i bambini (Galiazzo, 2014).

L'incontro post uscita, chiamato "Incontro di memoria", invece cerca di rafforzare la memoria, abbastanza deficitaria nei tossicodipendenti, attraverso il diario di bordo, papier collè, foto e DVD finale. In alcune uscite possono partecipare anche i padri, per cercare di favorire e lavorare sul concetto "famiglia" in senso più esteso. Gli obiettivi alla base di questo progetto sono tre: la capacità di affermazione di sé, le abilità sociali e di appartenenza e le capacità di permettere ai bambini di sperimentare il mondo circostante.

Purtroppo, con l'emergenza sanitaria in atto, le uscite si sono dovute fermare fino ai mesi estivi quando, considerando le varie restrizioni, è stato deciso di riprendere in minima parte il progetto proponendo attività di Yoga nel parco

vicino alla comunità solo per le madri, anche se molto vicino a strade trafficate e molto distante dalla natura incontaminata caratteristica di questo progetto. Le uscite prese in esame in questo progetto tesi sono state le prime post lockdown svolte in natura e in cui erano presenti anche i bambini.

Questo progetto è stato valutato fin dall'inizio attraverso l'ICF Dipendenze, compilato dai responsabili del progetto di Montagnaterapia, che ha permesso di monitorare i cambiamenti e i miglioramenti delle utenti a livello comportamentale. Le valutazioni dello scorso anno sulle attività svolte quali Trekking sui Colli Euganei, ciaspolata sul monte Pelmo, canyoning in Slovenia, uscite con i bambini di interazione con i rapaci e con i cani e trekking sensoriali presso l'Altopiano di Asiago hanno mostrato cambiamenti più o meno considerevoli a livello delle interazioni con gli operatori e con le altre utenti, delle richieste e dei compiti generali assegnateli, della cura di sé, della comunicazione e della mobilità.

Il costrutto che si è voluto indagare in questo progetto tesi è lo stress genitoriale che compare per la prima volta nel modello sviluppato da Abidin del 1995 e che è strettamente connesso ad un parenting adeguato e alla Tossicodipendenza. Nel modello del 1995 si definisce che un parenting ottimale si struttura sulla presenza di conoscenze, motivazioni, risorse e opportunità genitoriali e che per favorire il benessere infantile il genitore deve dedicarsi alla cura, al controllo e alla promozione dello sviluppo del proprio bambino. Il genitore all'interno di queste dinamiche è influenzato da tantissimi fattori e caratteristiche personali, tra cui anche lo stress mostrato, che può comportare un maggior disadattamento nello sviluppo infantile. In condizioni tipiche, il ruolo genitoriale comporta degli stressor che sono il risultato delle complesse richieste e mansioni specifiche del parenting e che devono essere fronteggiate adeguatamente (Del Vecchio, 2013). Allo stesso tempo, oltre allo stress presente all'interno del parenting, può essere presente un livello di stress nel genitore dovuto a fattori esterni alla genitorialità tale da incidere profondamente nella relazione con il bambino perché è stato dimostrato che un genitore con alti livelli di stress presenta una riduzione della sensibilità e della vicinanza emotiva verso il figlio e una difficoltà maggiore a percepire e a rispondere ai bisogni

infantili (Del Vecchio, 2013). Lo stress genitoriale può essere causato da relazioni coniugali conflittuali, dalla mancanza di sostegno da parte del partner, ma anche dal supporto sociale percepito e ricevuto e altre dimensioni ambientali come cultura e livello SES basso.

In ambito delle Tossicodipendenze il livello di stress nella persona è molto elevato: da un lato è collegato ad eventi traumatici o vissuti che hanno determinato l'incipit dell'abuso di sostanze, anche per la mancanza di abilità di coping che gli permettono di farvi fronte; dall'altro è collegato a tutte le dinamiche che richiede la sostanza poiché la persona, sviluppando in breve tempo sintomi astinenziali e di tolleranza, è sempre di più incentivata a ricercarne l'uso, provocando un livello elevato di stress. Questo è determinato dal fatto che la persona utilizza la sostanza come unico modo per soddisfare tutti i suoi bisogni e di conseguenza si impone una ricerca e un'assunzione continua ed estenuante, anche per ridurre i sintomi astinenziali negativi il prima possibile. Oltre a ciò, il livello di stress che può presentare una persona Tossicodipendente è influenzato anche da inadeguate funzioni esecutive tali da rendere stimoli nuovi e veloci molto frustranti e destabilizzanti.

Tutti questi fattori che aumentano considerevolmente lo stress percepito dalla persona influenzano in maniera considerevole lo stress genitoriale tipico strettamente legato alle dinamiche del parenting. La madre tossicodipendente risulta molto stressata nella relazione con il figlio poiché mostra molta fatica a soddisfarne i bisogni e a gestirne i momenti difficili, come la riduzione di sonno e il pianto continuo, e si pone con lui in maniera inadeguata inserendo nella diade emozioni negative e molto stress che influenzeranno considerevolmente lo sviluppo stesso del bambino.

Per questo motivo la Montagnaterapia può essere un aiuto concreto perché, oltre a supportare la relazione permettendo di acquisire varie abilità, permette di agire sul livello di stress, riducendolo considerevolmente. Infatti, è stato dimostrato che l'attività montana diminuisce la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa durante uno stress attivo e la visione di un paesaggio naturale favorisce sentimenti più positivi. Queste conseguenze sono difficilmente raggiungibili in un contesto tipico quotidiano a causa degli

innumerevoli stimoli, stressor e richieste ambientali rapide e intrusive che influenzano la persona. Ulrich, in una sua ricerca del 1979, afferma che: «*scene naturali aumentano il livello di attenzione, diminuiscono quello di paura*». Oltretutto, ha dimostrato che «*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*» (Ulrich, 1979). Ulteriore testimonianza è presente anche all'interno della cultura giapponese attraverso lo Shinrin-Yoku o "Bagno nella foresta". Questa pratica incentiva una camminata nel bosco ed è utilizzata molto in ambito medico perché, grazie alla connessione che si crea con la natura e i suoi elementi, si può raggiungere uno stato di benessere fisico e mentale comportando anche una riduzione del livello di stress presente nella persona³⁹.

Considerando quindi che l'attività in natura può essere determinante per ridurre il livello di stress percepito è nata l'ipotesi di considerare gli effetti che attività di Montagnaterapia possano avere a livello dello stress genitoriale delle utenti sviluppando una valutazione mai effettuata prima.

³⁹Shinrin-Yoku, L. SHINRIN-YOKU: bagni di FORESTA per armonizzarsi al RITMO della NATURA.

Capitolo 3

La Ricerca

3.1 Obiettivi dello studio

A seguito della letteratura scientifica delineata nei precedenti capitoli ci si propone di indagare i possibili effetti scaturiti dalla partecipazione al progetto terapeutico Gruppo Avventura sviluppato presso Casa Aurora.

L'ipotesi principale della ricerca è la possibilità di riscontrare una diminuzione nello stress genitoriale rilevato.

3.2 Partecipanti

Le partecipanti allo studio sono un gruppo ristretto delle utenti della Comunità Terapeutica Riabilitativa Psichiatrica. La scelta della partecipazione alle varie uscite è determinata dall'equipe in base alla condizione di salute presentata in quel momento, se riescono a parteciparvi o se hanno avuto ricadute recentemente. Le partecipanti totali che hanno partecipato alle uscite e a

questa valutazione sono 7: 4 hanno partecipato all'uscita svolta il 26 settembre a Falzè di Piave (Treviso) e 3 hanno partecipato all'uscita del 4 ottobre ai Casoni della Fogolana. Presentano un'età compresa tra i 27 e i 37 anni, con Media di 31 e Deviazione Standard 3.8 (Tabella 1), mostrano diagnosi di Disturbo da Uso di sostanze (DUS) con un sospetto di doppia diagnosi di Disturbo Borderline di personalità ma la valutazione diagnostica è ancora in atto. Sono inserite in comunità in media da 1 anno e 2 mesi, con una deviazione standard di circa 8 mesi (Tabella 2) e l'età di esordio medio è di 15 anni, con deviazione standard di 2.1 (Tabella 3) con una sperimentazione di cannabis e alcol in ogni utente e un culmine con l'eroina, oltre ad aver assunto anche cocaina ed altre sostanze stupefacenti. Solo il 12.5% assume terapia farmacologica per il trattamento della dipendenza e l'87.5% di loro aveva già partecipato ad altre uscite di questo progetto. I bambini partecipanti sono in totale 8 e hanno età compresa tra 1 anno e 10 anni, con Media 4,9 e Deviazione Standard 3,5 (Tabella 4). All'uscita di rafting hanno partecipato in totale 5 bambini con età dai 6 ai 10 anni, con Media 7.4 (Tabella 5) e Deviazione Standard 1.7, invece nell'uscita di yoga hanno partecipato 3 bambini con età di 1 anno (Tabella 6).

3.3 Strumento utilizzato

Il test utilizzato in questo studio è il Parenting Stress Index (PSI) pubblicato da Abidin nel 1995 e si basa sul modello strutturato dallo stesso autore in cui, per la prima volta è presente lo stress genitoriale (Del Vecchio, 2013).

Il test PSI è un questionario di tipi self-report che valuta il grado di intensità dello stress genitoriale presente all'interno della diade ed è somministrato su padri e madri di bambini che hanno età non superiore ai 12 anni ed è composto da due versioni, una estesa e una breve. Per la tipologia di utenza e per l'organizzazione dell'intervento è stato deciso di utilizzare la forma breve, formata da 36 item ed è strutturata su tre domini: Distress Genitoriale (PD- Parental Distress), Interazione genitore-bambino disfunzionale (P-CDI – Parent – Child Dysfunctional Interaction) e Bambino Difficile (DC- Difficult Child).

Queste tre scale insieme costituiscono il punteggio dello Stress Totale e il range normativo è tra il 25esimo percentile il 75esimo percentile.

Nella scala PD si considera il grado di stress genitoriale presente anche in base alle caratteristiche personali. Punteggi superiori al 75esimo percentile nella scala PD indicano la presenza di difficoltà a livello del funzionamento generale genitoriale che può determinare lo stress genitoriale. Di conseguenza, è importante focalizzare l'attenzione su come la persona si percepisce e le problematiche specifiche, prima di approfondire la relazione e le problematiche infantili.

La scala P-CDI, invece, valuta la percezione e le aspettative che il genitore ha del proprio bambino. Il superamento del 75esimo percentile nella scala P-CDI indica che ci potrebbero essere difficoltà sul piano delle aspettative che il genitore nutre verso il bambino, problematiche in cui la relazione non è rinforzante per il genitore, o contesti in cui il bambino è percepito come fattore negativo, di conseguenza indicano un legame problematico che crea molta frustrazione genitoriale. Viene specificato che la presenza di valori molto alti questa scala determinano l'ipotesi di contesti molto problematici in cui ci potrebbero essere episodi di abusi o maltrattamenti del bambino e in questi dati è presente solo un caso in cui è presente sia nella prima sia nella seconda rilevazione.

La scala DC misura le caratteristiche specifiche del bambino che possono influenzare le dinamiche duali. Punteggi elevati oltre al 75esimo nella DC percentile invece mostrano che il bambino risulta un "bambino complicato da gestire" per numerosi aspetti o problematiche, come iperattività, problematiche mentali, disturbi dell'apprendimento e altro, rendendo così molto difficoltosa la relazione con il genitore.

Il punteggio di Stress Totale invece permette di valutare il livello di stress genitoriale presente, distaccato da qualsiasi altro agente stressante al di fuori della relazione parentale. Valori più alti del 90esimo percentile in questa scala risultano essere motivo di interventi specifici importanti.

Inoltre è presente una scala che indaga la Risposta Difensiva considerando alcuni item presenti nella scala PD. Questa scala permette di indagare la

desiderabilità sociale e quindi, se il soggetto, per rispondere avesse adoperato dei meccanismi di difesa poiché considera solo alcuni item che considerano delle condizioni stressanti che sono tipiche e molto diffuse nel contesto genitoriale.

3.4 Procedura Sperimentale

È stato sviluppato uno studio esplorativo con due somministrazioni, una somministrazione pre e una post l'uscita di Montagnaterapia. La prima valutazione è avvenuta il 16 settembre durante l'incontro preparatorio che precede l'uscita, la seconda somministrazione, post esperienza, è avvenuta il 6 ottobre in cui è stato svolto il cosiddetto "Incontro di memoria" che riguarda il momento dedicato al lavoro sulle foto e al confronto sulle esperienze fatte in uscita.

Le uscite analizzate sono uscite mamma - bambino e, a differenza degli altri mesi, le uscite di Montagnaterapia sono state due molto ravvicinate per compensare le uscite annullate durante l'emergenza sanitaria, ma sono state svolte con due gruppi diversi e con attività diverse. Inizialmente il programma prefissava le uscite il 25 settembre e il 26 settembre, ma causa problematiche organizzative della comunità e problematiche legate al Covid, sono state cambiate. Il 26 settembre l'uscita ha riguardato il rafting e si è svolta a Falzè di Piave (Treviso) e il 4 ottobre è stato proposto Yoga ed Ecotuning in natura che, a differenza del programma iniziale in cui doveva essere svolto presso in Val Venegia, a Passo Rolle, Pale di San Martino (Trento), si è svolto presso i Casoni della Fogolana, a Codevigo (PD), per problematiche metereologiche. L'uscita di Rafting considerava la traversata del fiume Piave in cui veniva richiesto alle madri di pagaiare insieme ai loro figli per raggiungere la meta prefissata favorendo un clima collaborativo.

L'uscita di yoga, invece, era strutturata in due momenti: il primo propone un'attività di Ecotuning dedicata solo alle madri partecipanti in cui si chiedeva di creare un mandala personale attraverso degli elementi naturali raccolti

durante l'attività: quattro bastoncini che avrebbero rappresentato i confini del proprio mandala e altri oggetti da inserire all'interno. Infatti, durante l'attività veniva chiesto loro di porre i bastoncini raccolti per formare il bordo del loro mandala e attribuire ad ogni bastoncino loro un significato, definendo quali sono i limiti e confini che adottano nella loro vita quotidiana. Successivamente veniva richiesto loro di inserire all'interno dei confini degli oggetti che per loro avevano un significato personale e rappresentavano qualcosa della loro quotidianità.

Il secondo momento invece riguardava un'attività di yoga con i bambini, con l'utilizzo di pupazzetti che mimavano la posizione da assumere, ed esercizi di collaborazione e vicinanza della diade.

3.5 Risultati

Gli indici statistici principali della PSI sono i percentili: il range entro il quale è presente un contesto tipico è tra il 25esimo percentile e il 75esimo percentile e sopra al 75esimo percentile è presente una condizione clinicamente significativa.

Una prima analisi svolta è stata sviluppata considerando i percentili al di fuori da questo range di norma nelle due rilevazioni.

Nella prima rilevazione tutte le utenti mostravano alcuni percentili al di sotto del 25 percentile o al di sopra del 75esimo percentile.

L'87.5% mostra livelli superiori al 75esimo percentile in almeno una scala: il 37.5% supera il 75esimo percentile in una sola scala, il 37.5% in tre scale e solo il 12.5% in tutte le scale. In media si discostano dal 75esimo percentile di 13.3 percentili e mostrano una deviazione standard di 5.42 percentili. Questa distinzione è maggiormente presente nella scala Bambino Difficile (DC) poiché il 75% dei soggetti mostra punteggi più elevati del 75esimo percentile con una media di 12,5 punti di differenza ed una deviazione standard di 5,24.

In successione, invece, troviamo:

- Il 62,5% mostra punteggi superiori al 75esimo percentile nella scala Stress Totale con media 11 e deviazione standard 6.52;
- Il 50% mostra punteggi più alti nella scala Interazione genitore-bambino disfunzionale (P- CDI) con un discostamento sopra il 75esimo percentile di media 15 e deviazione standard 4.8;
- Il 25% mostra punteggi più alti nella scala della Risposta Difensiva con media 15 e deviazione standard 7.07;
- Il 12,5% presenta un punteggio alto nella scala Parental Distress (PD) con un discostamento di 20 punti dal 75esimo percentile, con media 20. (Tabella 7)

Solo il 12.5% mostra invece un punteggio sotto al 25esimo percentile con una differenza di 15 punti nella scala Bambino Difficile (DC) (Tabella 8).

All'interno della seconda misurazione invece ci sono due utenti che non mostrano alcun percentile al di fuori del range di norma. Una delle due, a cui però è stato somministrato il test due volte per la partecipazione di entrambi i figli alle uscite, in una misurazione mostra tutti i percentili sotto il 75esimo percentile, invece nella misurazione per il secondo figlio presenta solo un valore più alto del 75esimo percentile.

Il 62.5% mostra punteggi che superano il 75esimo percentile in almeno una scala, di cui il 25% in una scala, il 12.5% in due scale, il 12.5% in tre scale e il 12.5% in tutte e cinque le scale, con un discostamento dal 75esimo percentile con media 14.58 e deviazione standard 6.56.

Nello specifico:

- Il 62.5% mostra punteggi superiori al 75esimo percentile nella scala DC con uno scarto di media 12 e deviazione standard 5.70;
- Il 37.5% lo mostra nella scala Stress Totale con una differenza di media 11.67 e deviazione standard 7.64;
- Il 25% mostra indici più alti nella scala P-CDI con un distacco con media 20 e deviazione standard 7.07;

- Il 12.5% manifesta un punteggio più elevato nella scala PD con uno scarto con media 20;
- Il 12.5% mostra un punteggio superiore al 75esimo percentile nella scala Risposta Difensiva con uno scarto di media 20. (Tabella 7)

Per quanto riguarda condizioni in cui ci sono punteggi al di sotto del 25esimo percentile, nella seconda misurazione si manifesta solo nel 12.5% dei partecipanti, ma è presente in tutte le scale (Tabella 8).

Un'ulteriore analisi svolta in generale ha riguardato il confronto tra i percentili ottenuti nelle due misurazioni, a prescindere dal fatto che fossero minori di 25 e maggiori di 75, e si sono potuti riscontrare tre esiti:

- Una riduzione dei percentili in 17 scale, con una media della riduzione di 20.88 e deviazione standard di 14.60;
- Un aumento in 7 scale con una media di 5.71 e deviazione standard di 1.89;
- Una condizione presente in 8 scale in cui i percentili sono rimasti uguali.

Nello specifico invece è stato effettuato un confronto all'interno delle singole scale, confrontando i vari percentili ottenuti dalle utenti nelle due misurazioni.

Nella scala Parental Distress (PD), nella prima misurazione, gli indici percentili mostrano una media di 61.88 e deviazione standard di 16.02, con un indice minimo di 45 e un indice massimo di 95. Nella seconda misurazione invece è presente una media di 43.13 e una deviazione standard di 26.31, un indice minimo di 10 e un indice massimo di 95. Ciò indica una riduzione del 18,75% (Tabella 9, Grafico 1).

Nella scala Interazione genitore-bambino disfunzionale (P- CDI), nella prima misurazione, gli indici percentili presentano una media 71.88 e una deviazione standard di 24.78, un indice minimo di 45 e un indice massimo di 95. Nella seconda rilevazione la media è 66.25 e una deviazione standard di 24.46, un minimo di 20 e un massimo di 100. Ciò indica una riduzione complessiva di 5.63% (Tabella 10, Grafico 2).

All'interno della scala Bambino Difficile (DC), nella prima misurazione gli indici percentili mostrano una media di 76.88 e una deviazione standard di 25.76, un minimo di 15 e un massimo di 95. Nella seconda misurazione la media risulta essere 73.13 e deviazione standard 25.20, con un minimo di 15 e un massimo di 95, con una riduzione complessiva di 3.75% (Tabella 11, Grafico 3).

Nella scala Stress Totale, nella prima rilevazione gli indici percentili mostrano una media di 73.75 e una deviazione standard di 22.32, un minimo di 25 e un massimo di 90. Nella seconda rilevazione invece la media risulta essere 65.5 e una deviazione standard di 26.86, un minimo di 10 e un massimo di 95. Ciò indica una riduzione complessiva di 8.25% (Tabella 12, Grafico 4).

Svolgendo un'analisi statistica a livello delle singole scale, è stato calcolato il p-value tramite il Test non parametrico di Wilcoxon ed è stato possibile rilevare che il cambiamento a livello della scala PD è statisticamente significativo ($p=0.041$), a differenza delle altre scale in cui il cambiamento non è significativo. Inoltre è stato effettuato il Test di McNemar per determinare se il cambiamento dei percentili a livello della soglia di normalità del 75esimo percentile fosse significativo ed è risultato che in ogni scala questo cambiamento non è significativo (nella scala PD e DC $p=1$, nella scala P-CDI e Stress Totale $p=0.48$).

Considerando nello specifico le varie utenti, possiamo constatare:

- La presenza di due casi, stessa mamma con diversi bambini, in cui la persona mostra riduzioni in tutte le scale, con una riduzione di media 28.75 e deviazione standard di 8.54 in un caso e di media 32.5 e deviazione standard di 15.55 nell'altro (Tabella 13, Grafico 5, Tabella 14, Grafico 6);
- La presenza di un caso in cui ci sono diminuzioni dei percentili in tutte le scale, con una media 20 e deviazione standard 18.03 tranne nella scala DC, in cui il valore rimane uguale (Tabella 15, Grafico 7);
- Un caso in cui tutte le scale diminuiscono con media 6.67 e deviazione standard 2.89, ma aumenta il valore nella scala P-CDI con un aumento del 10% (Tabella 16, Grafico 8);

- Un caso in è presente una riduzione in un' unica scala, nella DC con una diminuzione del 5% e un mantenimento degli stessi percentili nelle altre tre scale (Tabella 17 e Grafico 9)
- Un caso che mostra una riduzione del 5 % nella scala PD, un aumento nella scala DC del 5% e le altre due scale rimangono uguali nelle due rilevazioni (Tabella 18 e Grafico 10)
- Un caso in cui è presente una riduzione del 15% nella scala PD e un aumento nelle altre tre scale del 5% (Tabella 19 e Grafico 11);
- L'ultimo caso invece presenta due scale che mostrano valori uguali alla precedente rilevazione e due scale che aumentano con una media di 5 e deviazione standard 0 (Tabella 20 e Grafico 12).

È stato utilizzato il Test di Wilcoxon sulle singole utenti e i cambiamenti mostrati ma nessun p-value è risultato significativo.

3.6 Discussione

Come è stato delineato nel primo capitolo, valutare e rilevare gli effetti di questo tipo di approccio è molto complicato per le innumerevoli dinamiche implicite che influisce sulla validità della rilevazione.

Innanzitutto, i partecipanti, in generale, risultano essere un enigma considerevole per le principali problematiche legate alla difficoltà di valutare il costrutto indagato in natura, per le diverse manifestazioni cliniche che possono presentare in un contesto non tradizionale e per le possibili aspettative o pregiudizi che ci possono essere verso questo tipo di attività.

Nel caso specifico, sono cambiate in più volte le partecipanti: inizialmente dovevano essere 9, di cui 4 per l'esperienza di Rafting e 5 per l'esperienza di Yoga, ma, a causa di problematiche comunitarie e delle restrizioni per l'emergenza sanitaria in corso, tre utenti del gruppo di Yoga hanno dovuto annullare la loro partecipazione e sono state sostituite da un'altra utente. Di conseguenza, ci sono state ripercussioni anche sulla prima valutazione, avvenuta per la maggior parte del gruppo a settembre, dovendo somministrare

il test alla “sostituta” in un contesto e un momento diverso rispetto al resto del gruppo e non consono ed organizzato, poiché si è dovuti somministrare il test il giorno stesso dell’uscita, poco prima della partenza in un momento molto frenetico. Oltre a ciò, anche il momento dedicato alla seconda valutazione durante l’incontro di memoria ha presentato notevoli criticità. Principalmente, anche se era già stato prefissato e organizzato con la comunità, il momento dell’incontro è risultato molto stressante sia perché il luogo era un’area comune della comunità e non una stanza isolata, cosa che ostacola il potenziale del lavoro sulle foto dell’esperienza e l’annesso confronto sull’esperienza per il continuo passaggio e presenza di persone estranee all’attività e dei bambini che creano molta distrazione e confusione, sia perché alcune utenti avevano altri impegni, anche comunitari e rimandabili. Di conseguenza, è stato doveroso far compilare il questionario ad alcune utenti in un momento secondario all’incontro prefissato.

Un’ultima problematicità legata alle partecipanti è la numerosità campionaria: il numero delle partecipanti non è così vasto da poter generalizzare i dati. Ma ci sono dei motivi specifici per cui la numerosità non poteva essere più vasta: restrizioni determinate dall’emergenza sanitaria in atto, problematiche organizzative comunitarie e dalle linee guida dettate dai protocolli di Montagnaterapia che stabiliscono una numerosità grupppale tra 6 e 15 partecipanti e, considerando la presenza dei rispettivi figli, è stata raggiunto il numero massimo consentito in entrambe le uscite.

Per quanto riguarda la scelta specifica dello studio, non è stato possibile inserire un gruppo di controllo perché all’interno della comunità tutte le utenti, in base alle loro condizioni psicofisiche, possono parteciparvi, quindi non c’è una divisione dicotomica tra chi partecipa al progetto e chi invece ne è escluso da poter determinare un confronto effettivo tra la presenza e l’assenza della Montagnaterapia, e, allo stesso tempo, non è stato possibile sviluppare un confronto con un altro contesto comunitario simile esente dal progetto per problematiche legate all’emergenza sanitaria in atto.

Un altro aspetto che può aver influenzato i risultati è legato alle tempistiche.

In generale, a livello della misurazione nella Montagnaterapia è molto complicato determinare il range di tempo entro il quale è possibile riscontrare un cambiamento determinato dalle attività in natura: una persona può avere bisogno di un certo tipo di stimolazione di una certa attività e mostrare un cambiamento solo dopo un periodo lungo, invece un'altra persona può essere stimolata da altri tipi di attività e manifestare i cambiamenti subito e viceversa. Altro aspetto legato alle tempistiche è il periodo di tempo intercorso tra l'esperienza e l'incontro di restituzione che può aver vanificato la concezione dell'esperienza più autentica. Infatti, per quanto riguarda il gruppo che ha partecipato all'uscita di Rafting sono passati 9 giorni, mentre per il gruppo che ha partecipato a Yoga sono passati solo 2 giorni: per questo si può visionare come il gruppo di Rafting mostra un livello più alto di stress rispetto al gruppo di Yoga, presentando alcuni dati più alti rispetto alla rilevazione precedente, anche se nel complesso permane una riduzione in tutte le altre scale.

Oltre a questi punti insidiosi, c'è anche la criticità di estrapolare i risultati che riguardano esclusivamente la Montagnaterapia poiché queste attività sono inserite in un progetto terapeutico - riabilitativo in cui sono presenti contemporaneamente anche altri tipi di interventi. E, collegato ad esso, la non significatività dei cambiamenti dei dati a livello statistico considerando che nella maggior parte dei casi non è stato riscontrato un p-value statisticamente significativo.

Inoltre, ci sono numerose problematiche legate al setting: il cambiamento di setting per varie motivazioni, tra cui quelle metereologiche, possono influire considerevolmente sui risultati perché implicano notevole instabilità da dover fronteggiare continuamente.

Invece, è doveroso soffermarsi su una specifica linguistica: l'utilizzo del termine Montagnaterapia e l'assenza di una attività svolta effettivamente in montagna. È importante delineare questo punto su due aspetti: come prima cosa, il fatto che nel programma originario era previsto l'uscita in montagna, ma a causa del meteo e di varie problematiche organizzative comunitarie, si è dovuto scegliere di andare in un altro luogo; in secondo luogo, il fatto che la Montagnaterapia non indica una dicotomia tra mare e montagna, ma prefigge di proporre progetti

e attività in una natura incontaminata, dove si è lontani da qualsiasi aspetto della quotidianità e si è influenzati solo dagli stimoli naturali.

Per tutti questi aspetti, le valutazioni sono soggette ad estrema variabilità.

Nonostante queste criticità, si può constatare che le partecipanti, in tutte le scale, presentino delle riduzioni considerevoli, soprattutto una maggiore riduzione nella scala del Parental Distress, con una riduzione del 18.75% (Tabella 9, Grafico 1). Inoltre, aspetto molto positivo su questa scala, è la presenza di un p-value significativo determinando che il cambiamento che riscontriamo in questo contesto non è dovuto al caso. Questo potrebbe essere un fattore di analisi interessante, soprattutto per il fatto che queste utenti sono state inserite in un contesto comunitario e in questo progetto proprio per migliorare il funzionamento genitoriale personale, oltre ad aspetti legati al parenting. Quindi è una condizione molto positiva a cui dare molto credito.

Nella scala P-CDI c'è stata una riduzione del 5.63% (Tabella 10, Grafico 2), nella scala DC è presente una riduzione del 3.75% (Tabella 11, Grafico 3) e nella scala dello Stress Totale c'è una diminuzione del 8.25% (Tabella 12, Grafico 4). Però bisogna specificare che il Test di Wilcoxon in queste ultime tre scale non ha determinato un p-value statisticamente significativo, quindi è possibile che questi cambiamenti siano dettati dal caso.

Inoltre è doveroso soffermarsi sull'assenza, in ogni soggetto valutato, di un punteggio grezzo uguale o inferiore a 10 nella scala della Risposta Difensiva e ciò determina la validità del protocollo.

Per quanto riguarda l'analisi svolta considerando il range normativo, che determina una situazione tipica tra il 25esimo percentile e il 75esimo percentile, si può constatare come ci sia una riduzione considerevole dei percentili che superano il 75esimo percentile, cut off più significativo a livello clinico. Però è doveroso specificare che applicando il Test di McNemar su questi cambiamenti, nessun cambiamento è risultato statisticamente significativo.

Nel complesso si è potuto riscontrare che rispetto alla prima rilevazione è presente una riduzione considerevole, aspetto molto incoraggiante, anche se in alcune scale è presente un lieve aumento.

Partecipando personalmente alle uscite ho potuto cogliere varie dinamiche fonte di riflessioni interessanti. Specificatamente, nell'uscita di Rafting, che richiedeva un maggiore presa di consapevolezza, una gestione della paura, dell'adrenalina e di dinamiche più forti, si sono potuti riscontrare vari momenti ed esiti positivi. Alcune sono riuscite a soddisfare il loro enorme bisogno di adrenalina e di provare emozioni molto forti, cosa molto caratteristica in un contesto di tossicodipendenze e sono riuscite a condividere con i figli questo momento entusiasmante permettendo di divertirsi moltissimo tutti insieme, considerando le esigenze sia della madre sia dei figli. Anche se ci sono state inizialmente alcune discussioni accese che hanno determinato un clima teso, nel corso della traversata gli animi si sono appianati a tal punto da creare un clima collaborativo, partecipativo e divertente e anche momenti più affettuosi e positivi, dettati dal freddo presente e da altri fattori legati all'attività.

Un'altra partecipante invece ha presentato altre dinamiche: inizialmente mostrava notevolissimi problemi legati alla paura dell'acqua e alla considerevole mancanza di controllo, quest'ultimo aspetto è molto presente all'interno delle tossicodipendenze poiché spesso viene utilizzata la sostanza per soddisfare un bisogno narcisistico di onnipotenza e indipendenza. Risultando molto apprensiva nella diade ha influenzato il figlio che si mostrava molto impaurito rispetto all'attività, tanto da adottare modalità comportamentali inadeguate per il contesto e per l'età. La madre, essendo anch'essa molto spaventata, non è riuscita a gestire questa situazione e ciò ha comportato l'intervento degli operatori e dell'istruttore per farvi fronte. Successivamente però le dinamiche relazionali si sono tranquillizzate permettendo alla diade di divertirsi e di godersi l'uscita in ogni sua parte.

Altra dinamica interessante si è svolta con un'altra partecipante, la quale presenta anche una dipendenza affettiva con manifestazioni anche a livello alimentare. Fatalità, nelle giornate precedenti all'uscita, ha palesato delle dinamiche alimentari disfunzionali e per questo motivo è stato richiesto da parte degli operatori della comunità di porre maggiormente attenzione durante i momenti dei pasti. In realtà il momento specifico del pasto è risultato molto spontaneo, rilassato, coinvolgente e piacevole, in cui anche questa partecipante

ha mostrato tranquillità, senza manifestare problematiche specifiche. Ovviamente ciò non indica che sia stato risolto il problema in generale, ma ha permesso di creare un vissuto positivo con il cibo e con il momento specifico del pasto, cosa che potrebbe essere un aspetto molto importante nel suo percorso. Nell'esperienza di Yoga si sono mostrati alcuni momenti più distaccati in cui sono stati riproposte dinamiche frustranti già manifestate in comunità, ma ci sono stati soprattutto maggiori momenti affettuosi e reciproci. Il momento di Yoga e di Ecotuning, solo per le mamme, ha permesso di concedersi un momento per loro lavorando in maniera indiretta sulla loro persona, rasserenandosi, rilassandosi e conoscendosi più in profondità.

La fase conclusiva di questa attività ha determinato un momento dedicato al lancio dei bastoncini in acqua, urlando il significato che ogni bastoncino rappresentava, dimostrando che i limiti sono solo mentali e spronandole in maniera molto delicata a liberarsi e abbattere questi confini. Ciò ha permesso di far emergere spontaneamente alcuni aspetti interni propri della persona che non erano ancora affiorati, tali da riportarli in terapia nelle giornate successive all'attività.

Invece, il momento di yoga con i bambini ha permesso di creare scambi interattivi reciproci e molto affettuosi, rendendo la relazione in quel contesto più piacevole e riducendo la frustrazione legata magari ai vissuti comunitari. Infatti, una partecipante ha affermato che all'inizio era molto arrabbiata, ma che a fine giornata era molto più rilassata e molto meno arrabbiata.

Inoltre, durante l'incontro di memoria, le partecipanti hanno espresso il loro entusiasmo nell'aver partecipato alle uscite definendo quanto sia stato positivo e proficuo per loro aver fatto l'esperienza.

Grazie all'analisi dei dati e alle testimonianze personali delle partecipanti si può concludere che queste esperienze siano state molto positive e arricchenti sia a livello personale sia a livello relazionale, considerando soprattutto che, nonostante ci sia un minimo aumento in alcune scale, nella maggior parte dei casi è presente una riduzione dei percentili, soprattutto nella scala PD, che mostra una riduzione statisticamente significativa tale da incentivare un possibile miglioramento anche a livello terapeutico.

Tabella 1

	Età minima	Età massima	Età media	Età Deviazione Standard	Età mediana
Utenti	27	37	31	3.8	31

Tabella 2

	Inserimento comunità minimo	Inserimento comunità massimo	Inserimento comunità media	Inserimento comunità Deviazione standard	Inserimento comunità mediana
Utenti	7 mesi	28 mesi	14 mesi	7.8 mesi	11 mesi

Tabella 3

	Età di esordio minima	Età di esordio massima	Età di esordio media	Età di esordio Deviazione standard	Età di esordio mediana
Utenti	13 anni	18 anni	15 anni	2.1 anni	15 anni

Tabella 4

	Età minima	Età massima	Età media	Età Deviazione Standard	Età mediana
Bambini (Totali)	1 anno	10 anni	4.9 anni	3.5 anni	6 anni

Tabella 5

	Età minima	Età massima	Età Media	Età Deviazione Standard	Età Mediana
Bambini Rafting	6 anni	10 anni	7.4 anni	1.7 anni	6 anni

Tabella 6

	Età minima	Età massima	Età media	Età Deviazione standard	Età mediana
Bambini Yoga	12 mesi	23 mesi	19 mesi	6.08 mesi	22 mesi

Tabella 7

	Utenti con Percentili >75	Risposta Difensiva (n,%) (media,ds)	PD (n,%) (media,ds)	P-CDI (n,%) (media,ds)	DC (n,%) (media,ds)	Stress Totale (n,%) (media,ds)
Pre Uscita	7	2, 25% 15, 7.07	1, 12.5% 20, 0	4, 50% 15, 4.8	6, 75% 12.5, 5.24	4, 50% 11, 6.2
Post Uscita	5	1, 12.5% 20, 0	1, 12.5% 20, 0	2, 25% 20, 7.07	5, 62.5% 12, 5.70	3, 37.5% 11.67, 7.64

Tabella 8

	Utenti con Percentili <25	Risposta Difensiva (n,%) (media,ds)	PD (n,%) (media,ds)	P-CDI (n,%) (media,ds)	DC (n,%) (media,ds)	Stress Totale (n,%) (media,ds)
Pre Uscita	1	0	0	0	1, 12.5 % 10, 0	0
Post Uscita	1	1, 12.5% 10, 0	1, 12.5% 15, 0	1, 12.5% 5, 0	1, 12.5 % 10, 0	1, 12.5% 15, 0

Tabella 9

	Indice PD minimo	Media	Deviazione Standard	Mediana	Indice PD massimo	Varianza	p
Pre Uscita	45	61.88	16.02	60	95	26.5	0.04142
Post Uscita	10	43.13	26.31	40	95		

Grafico 1

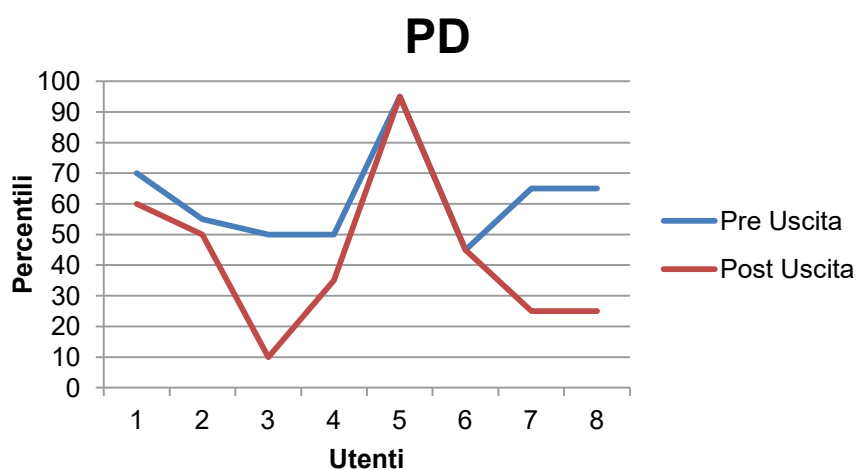


Tabella 10

	Indice PD minimo	Media	Deviazione Standard	Mediana	Indice PD massimo	Varianza	p
Pre Uscita	45	71.88	24.78	80	95	11	1
Post Uscita	20	66.25	24.46	67.5	100		

Grafico 2

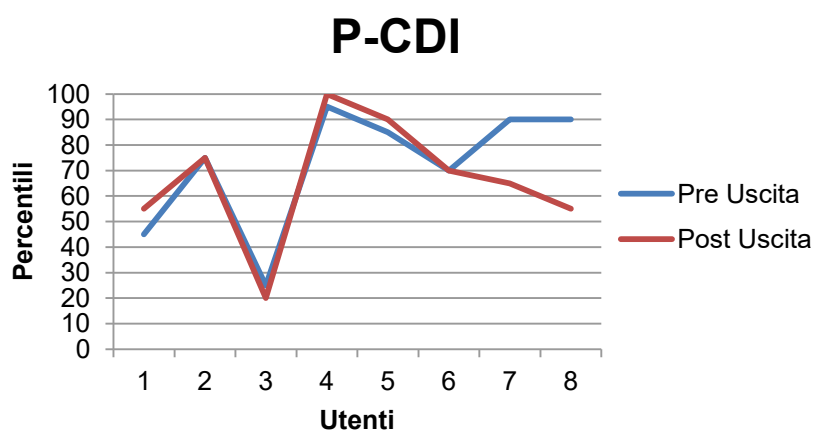


Tabella 11

	Indice PD minimo	Media	Deviazione Standard	Mediana	Indice PD massimo	Varianza	p
Pre Uscita	15	76.88	25.76	85	95	20	0.3508
Post Uscita	15	73.13	25.20	80	95		

Grafico 3

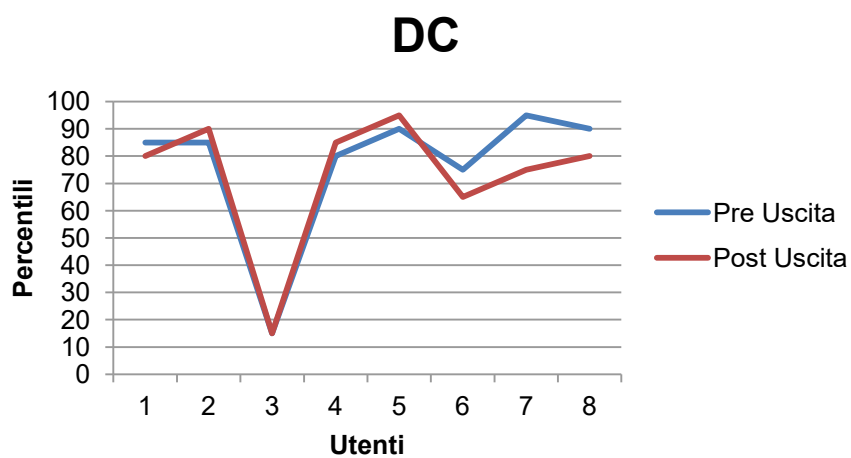


Tabella 12

	Indice PD minimo	Media	Deviazione Standard	Mediana	Indice PD massimo	Varianza	p
Pre Uscita	25	73.75	22.32	80	90	28.5	0.1609
Post Uscita	10	65.5	26.86	65	95		

Grafico 4

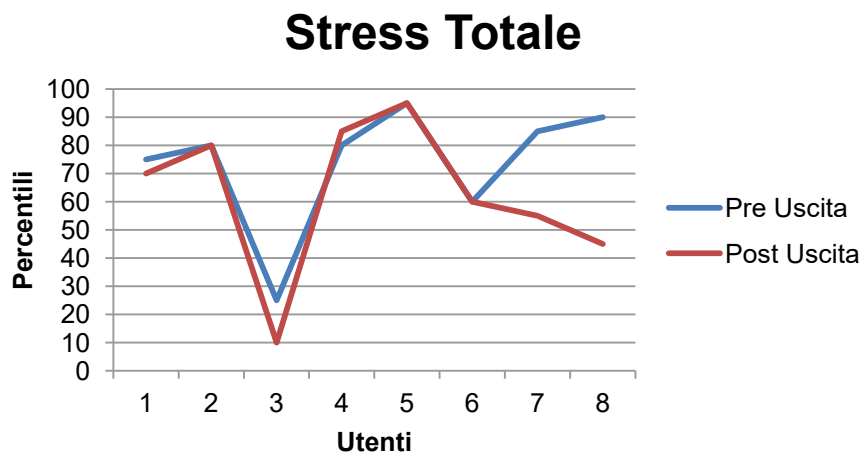


Tabella 13

	PD	P-CDI	DC	Stress Totale	Varianza	p
Pre Uscita	65	90	95	85	10	0.125
Post Uscita	25	65	75	55		

Grafico 5

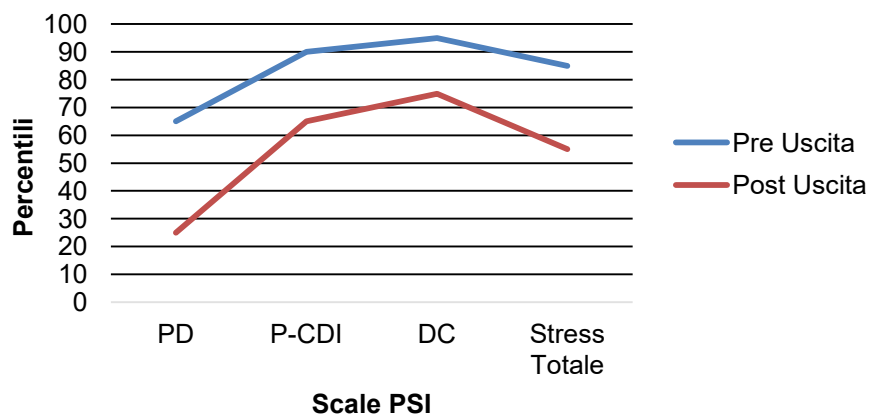


Tabella 14

	PD	P-CDI	DC	Stress Totale	Varianza	p
Pre Uscita	65	90	90	90	10	0.09751
Post Uscita	25	55	80	45		

Grafico 6

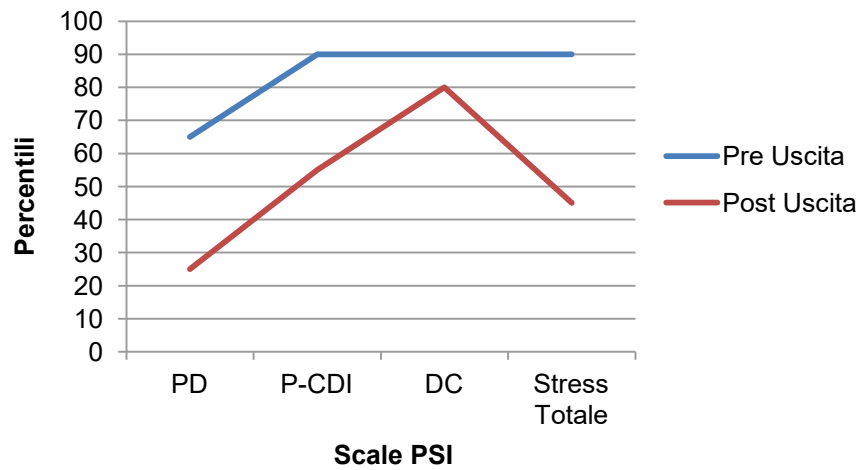


Tabella 15

	PD	P-CDI	DC	Stress Totale	Varianza	p
Pre Uscita	50	25	15	25	3	0.3458
Post Uscita	10	20	15	10		

Grafico 7

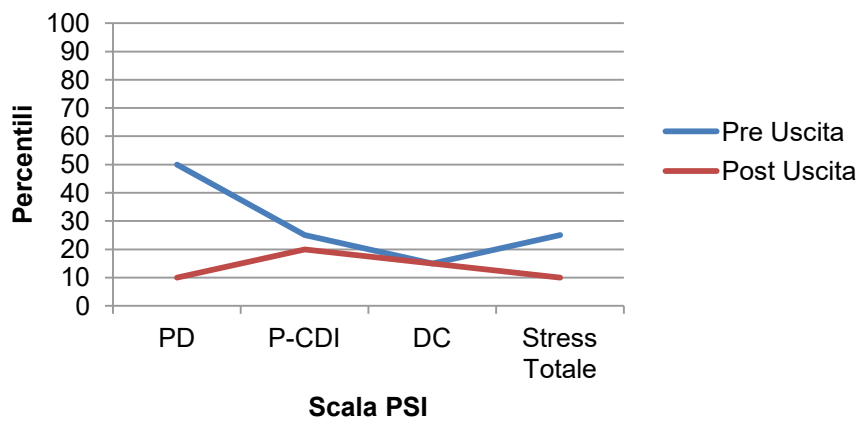


Tabella 16

	PD	P-CDI	DC	Stress Totale	Varianza	p
Pre Uscita	70	45	85	75	8.5	0.2652
Post Uscita	60	55	80	70		

Grafico 8

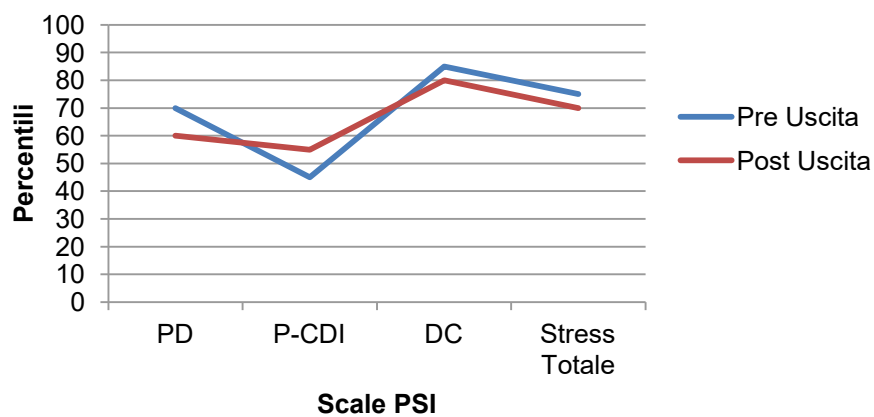


Tabella 17

	PD	P-CDI	DC	Stress Totale	Varianza	p
Pre Uscita	45	70	75	60	6	0.8501
Post Uscita	45	70	65	60		

Grafico 9

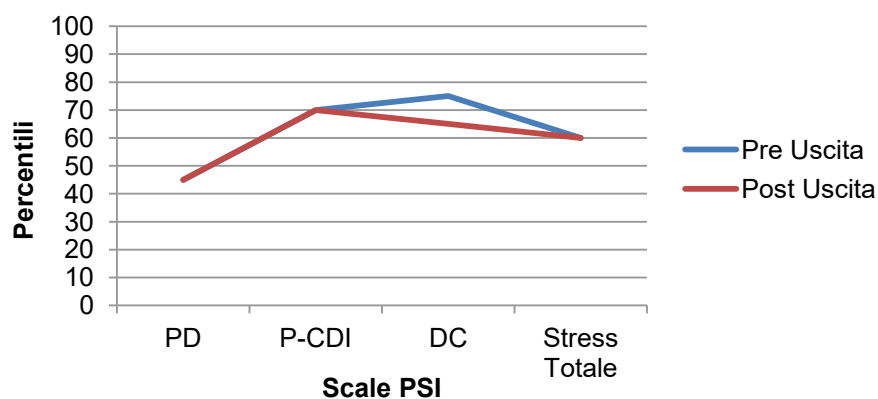


Tabella 18

	PD	P-CDI	DC	Stress Totale	Varianza	p
Pre Uscita	55	75	85	80	6	0.1736
Post Uscita	50	75	90	80		

Grafico 10

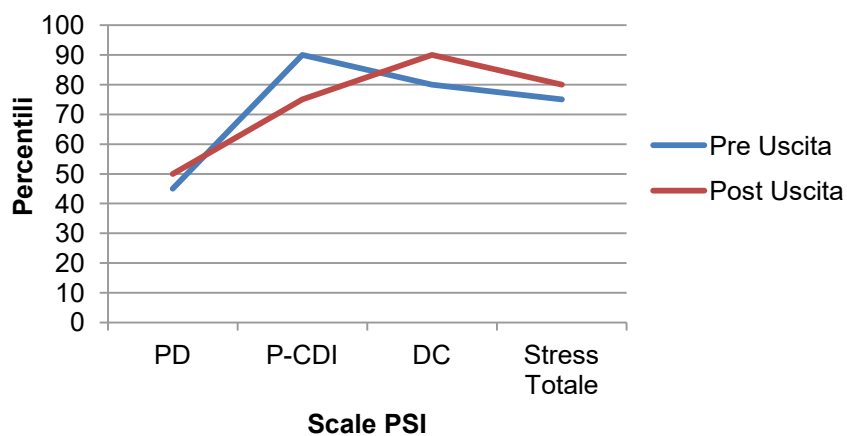


Tabella 19

	PD	P-CDI	DC	Stress Totale	Varianza	p
Pre Uscita	50	95	80	80	3	0.625
Post Uscita	35	100	85	85		

Grafico 11

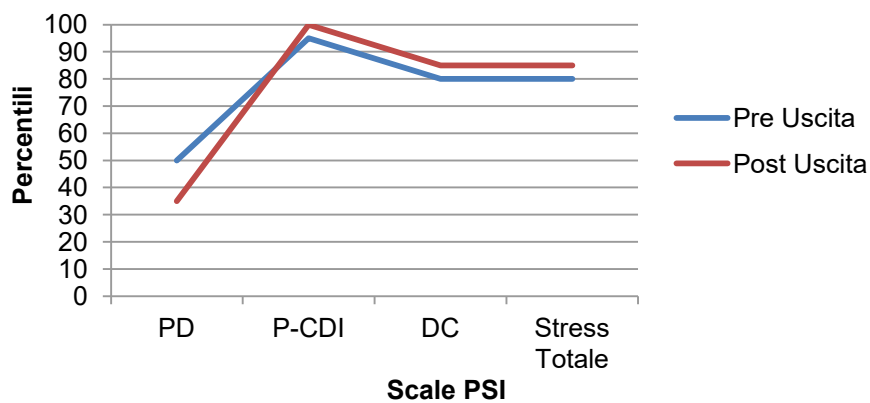
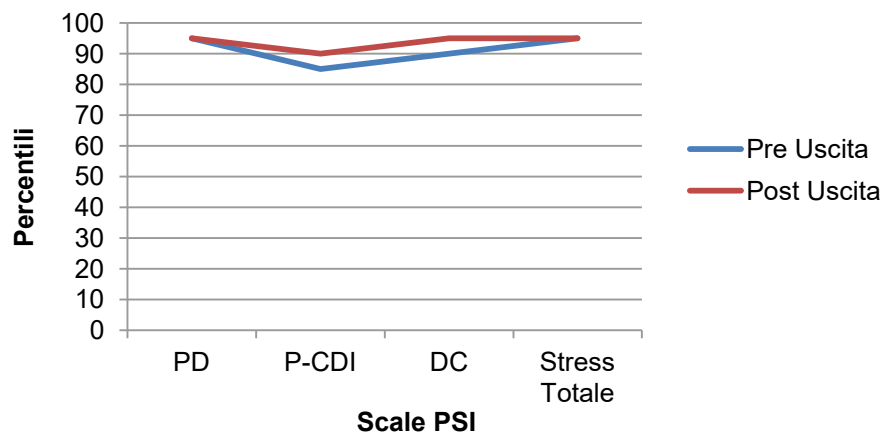


Tabella 20

	PD	P-CDI	DC	Stress Totale	Varianza	p
Pre Uscita	95	85	90	95	0	0.1814
Post Uscita	95	90	95	95		

Grafico 12



Conclusioni

Il fine di questa tesi non era quello di esaltare la Montagnaterapia come piano terapeutico per eccellenza, ma determinare le potenzialità e le risorse che l'esperienza in natura può offrire ad un percorso terapeutico aumentandone i benefici.

Le esperienze ventennali su questa tematica e, nel suo piccolo, questa tesi hanno dimostrato come la montagna e le attività in natura possano essere fonte di arricchimento e cambiamento personale su molti aspetti dell'individuo. Questo è stato anche confermato, in maniera più o meno esplicita, da un evento drammatico molto recente, l'emergenza sanitaria per il Covid-19. Quest'emergenza sanitaria ha avuto un considerevole impatto su qualsiasi aspetto della vita di ogni singolo individuo in maniera più o meno destabilizzante per le dinamiche che essa ha imposto: nei casi più negativi e traumatici l'obbligo di non poter avere un momento di vicinanza con il proprio caro scomparso, rendendo molto complicati i processi di accettazione e di elaborazione del lutto, e, per la maggior parte delle persone, l'obbligo di restare a casa. Obbligare la persona a chiudersi in casa e reinventarsi per occupare le innumerevoli ore di tempo libero è risultato essere una sfida considerevole per una persona tipica, ma in un contesto atipico è diventato un ostacolo

perturbante. All'interno dell'ambito psichiatrico la gestione del tempo libero è molto difficile perché esso incentiva la manifestazione dei sintomi: nelle tossicodipendenze la persona inizia a pensare continuamente e ripetutamente alla sostanza, alle emozioni provate con essa e di conseguenza aumenta la percezione negativa dei sintomi astinenziali e spinge la persona alla ricaduta, quindi alla sua ricerca e alla sua assunzione; nella schizofrenia l'assenza di stimoli esterni che distraggono, incrementano la rivelazione di pensieri intrusivi e allucinazioni proprie di questa patologia. Per questo motivo, i progetti di Montagnaterapia già avviati e interrotti dal Covid 19 hanno deciso di escogitare una modalità per creare un continuo anche stando fermi in comunità. Molti responsabili di progetti diversi hanno contattato i loro utenti molto frequentemente durante il lockdown, con un impegno settimanale o più frequentemente, in cui gli chiedevano quale fosse stata la loro uscita preferita, riguardando anche le varie foto annesse, e interessarsi per trovare altri posti o avventure da fare nelle uscite future. Inoltre sono stati proposti vari esercizi per mantenere preparato il fisico al ritorno alla montagna e idee per sfruttare il tempo libero. Emanuele Frugoni, responsabile della Montagnaterapia di Brescia, afferma che è *«importante tenere contatti costanti, perché chi sta facendo questo percorso non può mai interromperlo del tutto.»*⁴⁰

Il Covid19 e l'emergenza sanitaria annessa hanno cambiato considerevolmente la nostra concezione sulla vita, comportando anche una riscoperta delle risorse delle attività in natura. Dopo tutti quei mesi rinchiusi nelle quattro mura di casa, la maggior parte delle persone ha optato per vacanze in montagna, sfruttando l'aria fresca e il movimento per soddisfare il proprio bisogno di sentirsi liberi e di riappropriarsi di sé dopo un lungo periodo di staticità forzata, di angosce e paure, comportando anche lo spostamento del turismo di massa dal mare alla montagna.

Questo elaborato presenta notevoli limiti, come: il numero delle partecipanti che, oltre ad essere cambiato più volte nel corso del progetto tesi, è troppo ristretto per essere effettivamente di spessore a livello scientifico; le

⁴⁰Castrignagno, V., *La Montagnaterapia non si è fermata*, p. 23

problematiche varie dettate dall'emergenza sanitaria e dall'organizzazione comunitaria; i momenti di rilevazione che, non essendo isolati dal resto del gruppo, sono stati influenzati da notevole confusione e frustrazione; i continui cambiamenti a livello organizzativo e, soprattutto, una difficoltà considerevole a livello valutativo sia a livello della Montagnaterapia sia a livello del progetto in cui non è stato possibile sviluppare altre misurazioni. Tutti questi punti hanno determinato la difficoltà, o addirittura l'impossibilità, di poter generalizzare i dati ottenuti.

Nonostante ciò, i risultati sono molto rassicuranti e positivi perché dimostrano che questo tipo di progetti, agendo a livello relazionale, personale e corporeo, hanno un impatto anche a livello dello stress genitoriale, soprattutto nel funzionamento genitoriale generale. Quindi viene confermata l'ipotesi che le attività in natura sono un aiuto considerevole per lo stress sia a livello personale sia a livello relazionale, grazie alla potenza gruppale che il contesto di Montagnaterapia può offrire. I feedback positivi espressi dai partecipanti dopo l'esperienza fanno cogliere quanto questo tipo di progetti siano validi, efficaci e funzionali per un progetto terapeutico individuale, soprattutto perché permettono di fare esperienza diretta di vissuti positivi.

Nel complesso quindi si può affermare che, sulla base dei dati della letteratura sullo stress personale e la natura, i dati delle rilevazioni precedenti svolte su questo progetto e, nel suo piccolo, i dati raccolti in questo progetto tesi, la Montagnaterapia può essere un intervento ricco di risorse per il percorso terapeutico personale e relazionale, per migliorare e tutelare la diade e per offrire numerosi spunti per ricerche future.

Per progetti e sviluppi futuri sarebbe interessante ampliare il campione, inserire gruppi di controllo ed altri test che misurano altri costrutti in relazione alla tematica indagata in modo tale da valutare quali aspetti reali va a beneficiare questo tipo di terapia e compensare le lacune dettate da p-value non significativi riscontrati in questa valutazione. Inoltre, si possono considerare anche delle interviste strutturate per interpretare in maniera più scientifica e strutturata i resoconti riportati dalle partecipanti dopo l'uscita.

Bibliografia

Amendolagine, V., (2019). *Gli effetti terapeutici dell'attività motorio-sportiva nei disturbi da uso di sostanza. L'attività motorio-sportiva ha una buona efficacia nel trattamento delle dipendenze da uso di sostanze, in particolare sui sintomi da astinenza* in State of Mind, il giornale delle scienze psicologiche, 6 marzo 2019.

Azuma, S. D., & Chasnoff, I. J. (1993). Outcome of children prenatally exposed to cocaine and other drugs: A path analysis of three-year data. *Pediatrics*, 92(3), 396-402.

Baldini, E. (2011). *Dalla multitematicità alla multiproblematicità*, in Lanfranchi, F., Frecchiami, A., & Gentili, I., Atti del Convegno *Sentieri di Salute: la montagna che cura*, Bergamo, 12-13 novembre 2010; Bergamo, 2011.

Beames, S., Higgins, P., & Nicol, R. (2012). *Learning outside the classroom: Theory and guidelines for practice*. Routledge.

Bertolasi, I., Sanguigno, G. & Patricia Mayer. 2009. *Scuola natura. Giochi e attività per avvicinare i bambini all'ambiente*. Milano, Red Edizioni.

Bona, G., & Zaffaroni, M. (2003). *La patologia fetale del neonato e della gravida da abuso e dipendenza da oppiacei e cocaina*. Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, 2, 890-894.

Bornstein, M. H. (2002). *Parenting Infants. Handbook of Parenting Volume 1 Children and Parenting*, 3.

Bornstein, M. H., Tamis-LeMonda, C. S., Tal, J., Ludemann, P., Toda, S., Rahn, C. W., ... & Vardi, D. (1992). Maternal responsiveness to infants in three societies: The United States, France, and Japan. *Child development*, 63(4), 808-821.

Bornstein, M. H. (Ed.). (2019). *Handbook of Parenting: Volume 2: Biology and Ecology of Parenting*. Routledge.

Bowen, D. J., Neill, J. T., & Crisp, S. J. (2016). Wilderness adventure therapy effects on the mental health of youth participants. *Evaluation and program planning*, 58, 49-59.

Bruni, R., Frecchiami, A., & Lanfranchi, F., (2011). *Ruolo dell'operatore e dell'accompagnatore nel setting di montagna*, in Lanfranchi F., Frecchiami A., & Gentili I., *Atti del Convegno Sentieri di Salute: la montagna che cura*, Bergamo, 12-13 novembre 2010; Bergamo, 2011.

Calzolari, L., *Non è solo una cura* in Montagne360, Febbraio 2017, n. 02/2017.

Carpineta, S. (2006). *Patologie di interesse psichiatrico: dalla montagna che ne è causa alla montagna che diventa risorsa terapeutico-riabilitativa*, in Atti del Convegno di medicina di montagna XII corso di aggiornamento per medici di trekking e spedizioni, Bergamo.

Castrignagno, V., *La Montagnaterapia non si è fermata* in Montagne360, Maggio 2020, n. 92/2020.

Cheng, P. Y., Wu, D., Decena, J., Soong, Y., McCabe, S., & Szeto, H. H. (1993). Opioid-induced stimulation of fetal respiratory activity by [D-Ala²] deltorphin I. *European journal of pharmacology*, 230(1), 85-88.

Chiosso, G. (2012). *Pedagogia: Dal basso medioevo a oggi*. Mondadori Education S.p.A., Milano.

Chistolini, S. (2015). L'Asilo nel Bosco di Ostia Antica sulle orme che da Thoreau a Lietz hanno aperto la scuola alla natura. *Nuova Secondaria*, 32(8), 30-37.

Crudeli, F., La Serra, C., & Monti, F. (2012). *Outdoor Education*.

De Toma, N., Scala, V., & Ruggiero, V., (2012). *Il Dizionario di Montagnaterapia come contenitore condiviso per le linee guida*, in De Toma, N., Atti del

Convegno Nazionale *Sentieri di salute: linee guida per la Montagnaterapia*, 22-24 novembre 2012, Rieti.

Del Vecchio E., Salcuni S., Di Riso D., Mabilia D., Lis A. (2013) *Family and families*. Padova: Unipress.

Dietrich, A. (2009). *The transient hypofrontality theory and its implications for emotion and cognition*, in McMorris, T., Tomporowski, P.D., Audiffren, M. eds., *Exercise and Cognitive Function*, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Ltd., p. 69–90.

Donati, P., Salvaterra, I., Schenetti, M., & di Clairvaux, B. (2012). *Quando la scuola va nel bosco....*

Dubow, E. F., Edwards, S., & Ippolito, M. F. (1997). Life stressors, neighborhood disadvantage, and resources: A focus on inner-city children's adjustment. *Journal of clinical child psychology*, 26(2), 130-144.

Epstein, I. (2004). Adventure therapy: a mentalhealth promotion strategy in pediatric oncology. *Journal of pediatric oncology nursing*, 21(2), 103-110.

Evola, J. (2003) *Meditazione delle vette*. Edizioni Mediterranee, Roma.

Fabbrini A, Melucci A. *L'età dell'oro. Adolescenti tra sogno ed esperienza*. Feltrinelli, Milano, 2000

Farné, R., & Agostini, F. (2014). *Outdoor education. L'educazione si-cura all'aperto*. Edizioni Junior, Parma.

Fava Vizziello, G. M., Bullo, P., & Simonelli, A. (1997). I genitori tossicodipendenti e i loro figli. *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, 103-120.

Ferraris, P. C., (2018). *Terapia dell'avventura: principi, pratica, prospettive. Recenti Progressi in Medicina*, 109(10), 488.

Frobel, F., (1826) *L'educazione dell'uomo*.

Frugoni, E., Frassine, G., *Verso le linee guida della Montagnaterapia*, in De Toma, N., *Atti del Convegno Nazionale Sentieri di salute: linee guida per la Montagnaterapia*, 22-24 novembre 2012, Rieti.

Galiazzo, M., *Progetto Gruppo Avventura e New Addictions*, in Caffarena, C., Mandrile, C., Palomba, U., Piasco, M., *Atti del Convegno Sentieri di salute: Fare e pensare in Montagnaterapia*, 9-11 ottobre 2014, Cuneo.

Galiazzo M., *Giochi per adulti in natura 2. Equilibrio e le pratiche educative*, Persiani, Bologna, 2018.

- Gennaro G. Manuale di sociologia della devianza. Franco Angeli, Milano, 2002
- Girardi, P., Di Giannantonio, M., Psicopatologia delle dipendenze. Pani Editore Medicina., 2016
- Gorrini, C., & Brera, V. (2004). La droga non ascolta. Le sofferenze dei genitori tossicodipendenti e dei loro figli. Indagine epidemiologica, riflessioni e proposte. *DifSoc*, 83, 13-52.
- Grimaldi, L., *La Montagnaterapia come paradigma pedagogico*, in Caffarena, C., Mandrile, C., Palomba, U., Piasco, M., Atti del Convegno Sentieri di salute: *Fare e pensare in Montagnaterapia*, 9-11 ottobre 2014, Cuneo.
- Guzzeloni, G., *Non è solo una cura* in *Montagne360*, Febbraio 2017, n. 02/2017.
- Heyman, E., Gamelin, F.X., Goekint, M., Piscitelli, F., Roelands, B., Leclair, E. (2012). *Intense exercise increases circulating endocannabinoid and BDNF levels in humans – Possible implications for reward and depression*. *Psychoneuroendocrinology*, 37:844–851.
- Jansson, L. M., & Velez, M. (2012). Neonatal abstinence syndrome. *Current opinion in pediatrics*, 24(2), 252-258.
- Kandall, S. R., Doberczak, T. M., Jantunen, M., & Stein, J. (1999). The methadone-maintained pregnancy. *Clinics in perinatology*, 26(1), 173-183.
- Kaplan, R. & Kaplan, S. (1994): *The Experience of Nature. Una prospettiva psicologica*. Boston: Cambridge University Press.
- Kern, C., (2019). Inclusive climbing – “MS on the Rocks”. *Complementary Intervention in Neurological Disorders in Outdoor sports Euro’meet*, Viana do Castelo, Portogallo.
- Kumpfer, K. L., & Bays, J. (1995). Child abuse and alcohol and other drug abuse. *The encyclopedia of drugs and alcohol*, 217-222.
- Lanfranchi, F., Frecchiami, A., & Delle Fave, A., (2011). *La valutazione in Montagnaterapia: ricerca sull’esperienza ottimale nel contesto montano* in Lanfranchi F., Frecchiami A., Gentili I., Atti del Convegno Nazionale *Sentieri di Salute: la montagna che cura*, Bergamo, 12-13 novembre 2010. Bergamo.
- Lanfranchi, F., Ravasio, A., & Ribaudò, M., (2012). *Verso le Linee guida della Montagnaterapia nell’ambito delle psicosi*, in De Toma, N., Atti del Convegno Nazionale *Sentieri di salute: linee guida per la Montagnaterapia*, 22-24 novembre 2012, Rieti.

Leoni, C., Pavan, L., & Brega, A. (2016) Potenziamento cognitivo e Montagnaterapia Cognitive enhancement and Mountain-therapy.

Macchi Cassia, V., Valenza, E., & Simion, F., (2012). *Lo sviluppo della mente umana*. Bologna: Il Mulino.

Magnaguagno, F., (2009). *Natura Umana un nuovo approccio al disagio giovanile e non solo*, in Atti del convegno *Montagna solidale: i versanti della Montagnaterapia*, Pomezia, 23 ottobre 2009; I.T.O.P. Officine Ortopediche Palestrina Editor.

Mamen, A., Pallesen, S., Martinsen, E.W. (2011). Changes in mental distress following individualized physical training in patients suffering from chimica dependence. *Europ J Sport Sci.*, 11:269–276.

Mårtensson, F. (2004). *Landskapet i leken* (Vol. 464).

Miletto, R., Fucci, M., Andropoli, D., Magnaguagno F., & Murrone A., (2009). *Versante NORD: Montagnaterapia e disagio giovanile: Impariamo a scalare le nostre difficoltà*, in Atti del convegno *Montagna solidale: i versanti della Montagnaterapia*, Pomezia, 23 ottobre 2009; I.T.O.P. Officine Ortopediche Palestrina Editor.

Narkowicz, S., Płotka, J., Polkowska, Ż., Biziuk, M., & Namieśnik, J. (2013). Prenatal exposure to substance of abuse: a worldwide problem. *Environment international*, 54, 141-163.

Olivieri, D. (2016). Mente-corpo, cervello, educazione: L'educazione fisica nell'ottica delle neuroscienze. *FORMAZIONE & INSEGNAMENTO. Rivista internazionale di Scienze dell'educazione e della formazione*, 14(1), 89-106.

Parolini, M., (2008). *Everest Leadership. È una metafora organizzativa, un workshop esperienziale, un modello di riferimento per apprendere la gestione dei team*. AIF DAdA, Bolzano Alto Adige Bozen Südtirol (Italy).

Patten, C.A, Bronars, C.A., Vickers Douglas, K.S., Ussher, M.H., Levine, J.A., & Tye, S.J. (2017). *Supervised, vigorous intensity exercise intervention for depressed female smokers: a pilot study*. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(1), 77-86.

Pestalozzi, J.H. (1774). *Diario sull'educazione del figlio*. E. Becchi.

Piergentili, P., (2018) *Per una definizione professionale della MontagnaTerapia* in Atti del Convegno Nazionale *Sentieri di Salute e di Libertà*, DSM-D Sanluri, Sardegna, 15-17 novembre 2018.

Polansky, M., Lauterbach, W., Litzke, C., Coulter, B., & Sommers, L. (2006). A Qualitative Study of an Attachment-Based Parenting Group for Mothers with Drug Addictions: On Being and Having A Mother. *Journal of Social Work Practice*, 20(2), 115-131.

Potestio, A. (2017). *Le influenze della pedagogia di Rousseau sulla riflessione educativa di Pestalozzi*.

Rousseau, J.J. (1762). *Emilio*. Laterza, Bari, edizione del 2006.

Ravasio, A., & Ribaudò, M., (2018). *L'educatore in montagna tra metodo e passione* in Atti del Convegno *Lo sguardo oltre: sentieri di salute*, Pordenone, 16-19 novembre 2016; Gruppo Persiani Editore Srls, 2018.

Readdick, C. A., & Schaller, G. R. (2005). Summer camp and self-esteem of school-age inner-city children. *Perceptual and motor skills*, 101(1), 121-130.

Reimers, F., (2017). *Non è solo una cura* in *Montagne360*, Febbraio 2017, n. 02/2017.

Resteghini, P., Khanbhai, T., & Mughal, S. (2014). XXXIII FIMS World Congress of Sports Medicine and Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine, From Prevention to Performance, June 18-21, 2014, Quebec City, Quebec, Canada. *Clin J Sport Med*, 24(3).

Roberts, S. C., & Nuru-Jeter, A. (2010). Women's perspectives on screening for alcohol and drug use in prenatal care. *Women's Health Issues*, 20(3), 193-200.

Roessler, K.K., Bilberg, R., Søgaard Nielsen, A., Jensen, K., Ekstrøm, C.T., Sari, S. (2017). *Exercise as adjunctive treatment for alcohol use disorder: a randomized controlled trial*. *PLoS ONE*, 12:e0186076

Rose-Jacobs, R., Waber, D., Beeghly, M., Cabral, H., Appugliese, D., Heeren, T., & Frank, D. A. (2009). Intrauterine cocaine exposure and executive functioning in middle childhood. *Neurotoxicology and teratology*, 31(3), 159-168

Rossini, B., Salvaterra, I. & Schenetti, M. (2015). *La scuola nel Bosco. Pedagogia, didattica e natura*. Erickson, Trento.

Russell, K. C. (2001). *What is wilderness therapy?*. *Journal of Experiential Education*, 24(2), 70-79.

Sabbion, R., Galiazzo, M., Furlan, V., Santo, E., Rigo, G., Piergentili, P., "Legati ma liberi, passo dopo passo" in *Medicina delle Dipendenze*, n.10 giugno 2013 pp.59-62

Salsa, A., (2006). *Mente e corpo: alla ricerca di un'unità possibile attraverso la Montagnaterapia* in *Contributi teorici al Corso di formazione "Sopraimille"*, 9-11 settembre 2005, Riva del Garda, Rifugio Nino Pernici, Edizioni provincia autonoma di Trento, Assessorato alle politiche per la salute, Trento, 2006.

Sbrana M., (2006). *Bilatrekking 2005: Pale di San Martino, Trentino-Alto Adige*, in *Montagnaterapia e psichiatria, contributi teorici al corso di formazione Sopraimille*, Riva del Garda, Rifugio Nino Pernici, 9-11 settembre 2005, Edizioni provincia autonoma di Trento, Assessorato alle politiche per la salute, Trento, 2006, pp. 79-81.

Scoppola, G., (2001). *Introduzione alla Montagnaterapia*, in *Atti del Seminario di Studio Curare a cielo aperto*, Roma, 11 giugno 2001.

Scoppola, G., (2006). *Dentro la Montagnaterapia: storia, radici, strumenti*, in *Sopraimille 2005: I° Corso sulla Montagnaterapia per operatori della Salute Mentale*, Rifugio Pernici, Trentino-Alto Adige, 2005; pubblicato da APSS della Provincia di Trento, 2006.

Scoppola, G., (2009). *Montagnaterapia: teoria e formazione in dieci anni di esperienza* in *Atti del Convegno Montagna solidale: i versanti della Montagnaterapia*, Pomezia, 23 ottobre 2009; I.T.O.P. Officine Ortopediche Palestrina Editor.

Scoppola, G., (2011). *Montagnaterapia e Cardiologia*, in Lanfranchi F., Frecchiami A., & Gentili I., *Atti del Convegno Sentieri di Salute: la montagna che cura*, Bergamo, 12-13 novembre 2010; Bergamo, 2011.

Shanahan, L., McAllister, L., & Curtin, M. (2009). Wilderness adventure therapy and cognitive rehabilitation: Joining forces for youth with TBI. *Brain Injury*, 23(13-14), 1054-1064.

Shinrin-Yoku, L. SHINRIN-YOKU: bagni di FORESTA per armonizzarsi al RITMO della NATURA.

Stocco, P., Llopis, J., DeFazio, L., Calafat, A., & Mendes, F. (2000). Women drug abuse in Europe: gender identity (Vol. 200, No. 0). Irefrea.

Stocco, P., Simonelli, A., Capra, N., & De Palo, F. (2012). Research and intervention for drug-addicted mothers and their children: New perspectives. *Addictions-From Pathophysiology to Treatment*, 425-452.

Szczepanski, A., Malmer, K., Nelson, N., & Dahlgren, L. O. (2006). Outdoor Education-Authentic Learning in the Context of Landscape Literary education and sensory experience. Perspective of Where, What, Why, How and When of learning environments. Inter-disciplinary context and the outdoor and indoor dilemma. In *The Third International Outdoor Education Research Conference– Widening Horizons: Diversity in Theoretical and Critical Views of Outdoor Education Conference*.

Szczepanski, A. (2009). Outdoor education: Authentic learning in the context of urban and rural landscape: A way of connecting environmental education and health to sustainable learning: Literary education and sensory experience. Perspective of the where, what, why, and when of learning. *Perspective of the where, what, why and when of learning*. (februar, 2013) http://www.mgu.ac.jp/21tosyokan/files/hatsurin_13.pdf.

Ulrich, R. S. (1979). *Visual landscapes and psychological well-being*. *Landscaperesearch*, 4(1), 17-23.

Valentini, M., Guerra, F., Troiano, G., & Federici, A. (2019). *Outdoor Education: corpo, apprendimento, esperienze in ambiente naturale*. FORMAZIONE & INSEGNAMENTO. Rivista internazionale di Scienze dell'educazione e della formazione, 17(1), 415-428.

Valoti, P., (2011). *Presentazione*, in Lanfranchi F., Frecchiami A., & Gentili I., *Atti del Convegno Sentieri di Salute: la montagna che cura*, Bergamo, 12-13 novembre 2010; Bergamo, 2011.

Venuti P., Simonelli A., Rigo P., *Basi biologiche della funzione genitoriale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2018.

Verrastro, V., (2015). *Le dipendenze comportamentali in età evolutiva*. Roma, Alpes Italia.

Villi, R., Carpineta, S. (2004). *Sopraimille, un'avventura fuori dall'ordinario* in *Atti dell'Incontro nazionale del Club Alpino Italiano Montagna, fonte di solidarietà*, Trento, 16 Ottobre 2004.

Wells, N. M., & Lekies, K. S. (2006). Nature and the life course: Pathways from childhood nature experiences to adult environmentalism. *Children Youth and Environments*, 16(1), 1-24.

Weir, B. W., Stark, M. J., Fleming, D. W., He, H., & Tesselaar, H. (1998). Revealing drug use to prenatal providers: Who tells or who is asked?. *Drugs & Society*, 13(1-2), 161-176.

Whitesell, M., Bachand, A., Peel, J., & Brown, M. (2013). Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. *Journal of addiction*, 2013.

Zambianchi, E. (2012). Supporto alla genitorialità: tipologie di intervento e percorsi formativi. *FORMAZIONE & INSEGNAMENTO. Rivista internazionale di Scienze dell'educazione e della formazione*, 10(3), 79-94.