

CINE-TV E RIABILITAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA

di **Roberto Miletto e Maria Rosa Fucci**

Introduzione

Il nostro punto di vista, quello di tecnici dell'età evolutiva operanti in un'unità territoriale di neuropsichiatria infantile, poggia da sempre sulla necessità di aprire, quando si può, i processi *educativi* a contesti alternativi, con uso di linguaggi differenti, che possano andare oltre l'istruzione e l'apprendimento istituzionale. Una considerazione questa che per noi ancor di più può valere *in ambito rieducativo*, e da parecchi anni la sosteniamo nella nostra pratica ambulatoriale, in particolare nella riabilitazione delle patologie dell'apprendimento (Miletto ed al., 2003). Si tratta di un'esperienza ormai consolidata con l'impiego di strumenti riabilitativi peraltro diversi, e qui proponiamo alcune riflessioni sui nostri trattamenti basati sull'impiego di materiale filmico, dai *corti comici* di Mr.Bean (Miletto ed al., 2011) ai *cartoni animati* di Pingù (Fucci ed al., 2011), nella cura di gruppi clinici in differente momento di sviluppo.

Dei filmati, dunque, per le necessità della riabilitazione. La letteratura specialistica ci propone parecchi contributi, e lo fa sulle cure nella psicopatologia offerte soprattutto dal cinema, che tra l'altro è nato insieme alla psicoanalisi (Auguste e Louis Lumière e Sigmund Freud li troviamo impegnati nelle rispettive attività pionieristiche alla fine dell'Ottocento). Si è scritto sempre poco, peraltro, su cinema e *riabilitazione*, specie in età evolutiva.

Ci fu un fortunato libro di uno psicoterapeuta americano, Gary Solomon, *The Motion Picture Prescription*, che uscì una ventina di anni fa, il cui sottotitolo «*Watch this movie and call me in the morning*» ci dice parecchio sull'idea, molto americana in effetti, di proporre delle vere e proprie "cine-prescrizioni", ricette di cura mediate da films, come pilloloni vari, ciascuno più adatto per una definita condizione psicopatologica (!). Una siffatta impostazione, diciamo sul modello "ciak...si cura!", superficiale e anche un po' strampalata, non ci è congeniale: il film, di per sé, non cura, non si risolvono certo così i conflitti, l'angoscia e il malessere non passano nel buio di una sala o davanti a un televisore.

Quel che passa sullo schermo è comunque un'occasione relazionale, è una narrazione che può mettere in moto dinamiche personali, si racconta di storie lontane che possono essere sentite come tali o invece vicine, magari molto vicine alla propria storia, ai propri bisogni. E la relazione con il racconto dello schermo, di qualsivoglia tipo sia, ciascuno la costruisce a modo suo, secondo il proprio sentire, secondo una storia personale.

Gli schermi del cinema e della TV producono testi che diventano, in un certo senso, di proprietà di chi è fruitore, come fatti su misura, non conta tanto una realtà oggettiva in sé quanto il modo che ciascuno ha di vederla (Miletto ed al., 2014). Il testo narrativo cinematografico o televisivo, di certo più rapido e popolare per l'accesso di quello letterario, può essere una bella spinta di partenza, generativa di processi formativi, per crescere nella dimestichezza di padroneggiare linguaggi e codici diversi (Gris, 2010).

Queste considerazioni introduttive sulle cure mediate da filmati sono un po' di cornice, per una originale prospettiva dei nostri protocolli clinici: i contributi cine-TV li usiamo in *costruzioni attive*, dunque, come strumenti speciali di abilitazione di funzioni cognitive e linguistiche carenti; e lo facciamo non certo da studiosi di Cinema o di Televisione ma da tecnici della Mente a cui piace, tra le altre cose, la decima Musa.

Sulla clinica

La nostra unità operativa di neuropsichiatria infantile (U.O.NPI, ASL Roma H, Distretto di Pomezia) si occupa da anni di patologie dell'apprendimento, nella cura e nella ricerca, con

particolare riferimento a quelli che sono gli alunni con *Bisogni Educativi Speciali* (BES), con le relative problematiche d'inclusione a scuola (per una rassegna sul tema, Miletto, 2010). La nostra U.O.NPI si è soprattutto dedicata a una categoria diagnostica tra le meno trattate, ma più confuse, nella letteratura specifica, quella dei Disturbi di Apprendimento Non Specifici (DANS), e si rimanda il lettore che è interessato all'approfondimento alle note bibliografiche sui nostri percorsi abilitativi in proposito.

Qui ci si limita a indicare alcuni aspetti che sono di più rilievo clinico; in primo luogo, il gruppo dei DANS è eterogeneo, costituito da alunni che hanno comunque un'organizzazione immatura del ragionamento, magari sostenuta da un'ipoevoluzione cognitiva connessa al contesto anomalo, allo svantaggio socioculturale imponente, o magari condizionata da un disagio rilevante della sfera emozionale. In secondo luogo, e strettamente connesso al primo aspetto cognitivo, sono degli alunni accomunati da una difficoltà, importante per dimensione clinica, del linguaggio, come organizzatore del pensiero. Non solo (e non sempre) un'immaturità negli aspetti più strettamente linguistici, quelli fono-semantico-sintattici, dunque, ma un'inadeguatezza nella dimensione "ecologica" del linguaggio, quella d'uso, che si fa nelle situazioni di vita quotidiana: le *abilità pragmatiche*.

I nostri campioni clinici sono costituiti da soggetti, bambini o ragazzi, che tendono a fallire su aspetti più figurativi del linguaggio, non hanno facilità a comprenderne l'uso metaforico, faticano a elaborare inferenze implicite, a interpretare richieste indirette, non colgono con immediatezza il materiale umoristico; a scuola non stanno bene, pertanto, nelle situazioni comunicative, non sanno talora tener conto dei contesti, risultando poco consapevoli delle competenze/conoscenze dell'interlocutore. Dunque, sono alunni con comprensioni situazionali immediate chiaramente deboli, per la competenza compromessa di decodifica degli stimoli comunicativi, verbali e non verbali: sono un po' come pesci fuor d'acqua, scarsi nelle capacità adattive, e, per non darlo troppo a vedere, finiscono per seguire ciò che fanno i compagni, conformisticamente, oppure scappano dalla situazione di disagio del momento di apprendimento, con fughe dal compito. Questi sono gli alunni del "mondo del boh!". Tutto ciò ha a che vedere con la pragmatica, una dimensione del linguaggio che è ancora poco studiata, con una messa a punto di primi esami standardizzati in Italia solo negli ultimi anni (in bibliografia i riferimenti, specie del gruppo di Maria Luisa Lorusso). C'è ancora meno in letteratura sulle prassi operative dell'abilitazione di campioni clinici con disfunzionalità pragmatica, e qui si propone, nel materiale e nel metodo come nei primi risultati, il nostro protocollo ambulatoriale mirato, di cura grupppale.

Sui materiali

Da anni in ambulatorio proponiamo il nostro protocollo abilitativo, per gruppi clinici di 6-8 alunni, con l'impiego di filmati, corti comici e cartoni animati, di fatto continuamente modellato nel tempo e adattato alle esigenze di cura del gruppo. La conduzione è della psicologa e psicoterapeuta, con una terapeuta della riabilitazione come co-conduttrice e un operatore tirocinante per le necessità della audio-videoregistrazione; i cicli di trattamento sono solitamente quadrimestrali, con sedute bisettimanali di 90'.

La scelta del materiale filmico in dvd, dopo accurata ricerca, è caduta su proposte commerciali note, che hanno avuto passaggi televisivi, accomunate dall'essere prodotti ove i personaggi sono di fatto senza parole, agiscono, in contesti specifici, hanno mimiche e gestualità molto accentuate, così comunicando emozioni, sensazioni, bisogni non detti.

Mr. Bean è personaggio comico, interpretato dall'attore britannico Rowan Atkinson, e creato da Atkinson stesso insieme ad altri autori; nato come personaggio cabarettistico degli anni ottanta, dal 1990 Mr. Bean diventa protagonista di una serie televisiva che dura per anni, venduta in oltre 200 paesi. Molti vedono nella mimica, nel linguaggio gutturale e ridotto all'osso di Mr. Bean un richiamo al regista ed attore francese Jacques Tati (soprattutto ne *Le vacanze di Monsieur Hulot*), con il quale condivide movenze e un umorismo di tipo *slapstick*, una comicità basata sul linguaggio

del corpo. Fatto sta che Mr. Bean è come un ragazzone un po' stupidotto, vestito sempre allo stesso modo, con un completo marrone che porta in ogni puntata, un'utilitaria un po' ridicola, una Mini verde acido, e poi a completare un quadro già clinico, è legato ad un orsacchiotto di peluche, Teddy, che ha come amico. Nella versione italiana, Bean parla lo stesso in inglese anche se le sue battute sono molto limitate all'interno degli episodi, dunque dei corti comici sostanzialmente senza parole, da cinema muto (Miletto ed al., 2011).

Nella nostra esperienza clinica, questa serie di filmati è particolarmente adatta per bambini in media e tarda latenza, si divertono parecchio sulle goffaggini di questo pasticcione, e sono dunque piacevolmente disponibili a pensare sul materiale proposto. In gruppi di preadolescenti, e ancor di più in quelli di adolescenti, invece, è spesso prevalso un sentire comune ostile, come se i fallimenti di questo ragazzone non cresciuto attivassero, in chi ha già una lunga carriera di insuccessi a scuola, un'identificazione proiettiva forte, in alcuni poco sostenibile per la rabbia e l'angoscia emergenti. Un inconveniente non da poco, che ha richiesto aggiuntivamente integrazioni supportive del conduttore, a taglio psicoterapico.

Nei gruppi di bambini più piccoli, in età prescolare ed inizio latenza, l'impiego più efficace è stato quello di Pingu, una serie animata svizzera, scritta da Otmar Gutmann, realizzata in stile plastilina con la speciale tecnica d'animazione Claymation, trasmessa a lungo in televisione su uno dei canali pubblici. Il cartone animato descrive le vicende di una famiglia di pinguini che vive al *POLO SUD*, composta da Pingu, il protagonista, di età verosimilmente tra i 5 e i 7 anni, dalla sua sorellina Pinga, di circa 18 mesi e dai genitori, papà postino e mamma casalinga nell'igloo. La plastilina dà morbidezza ai personaggi, sostenendo bene un'idea di delicatezza dello sviluppo: una materia che prende forma man mano che evolve, che cresce, che apprende. L'espressività mimica e gestuale è forte, in modo da facilitare la lettura dei differenti stati d'animo; le interazioni intranucleo ripropongono temi familiari routinari e complessuali, l'assenza temporanea o prolungata degli adulti, il reincontro, la preoccupazione per un litigio tra mamma e papà, l'educazione degli sfinteri, la capricciosità, le condotte oppositorie, la rivalità fraterna.

Le interazioni extrafamiliari propongono nel gioco con i coetanei l'apprendimento di sistemi di regole, la negoziazione tra pari, i compromessi, l'esposizione ai pericoli, la paura dell'ignoto; ed anche si vivono i compiti evolutivi che lo sviluppo richiede, come la lettura della mente dell'altro con la decodificazione degli stati mentali propri e altrui, come il riconoscimento delle emozioni che, una volta identificate, possono essere sottoposte a modulazione con la mediazione dell'adulto che le denomina, come le prime ipotesi sul linguaggio scritto, alfabetico e numerico. Tutto questo intenso lavoro cognitivo e metacognitivo è facilitato dal non uso del parlato ma solo di versi, suoni modulati che ben si associano alle espressioni della faccia ed alle relative posture corporee; si creano così condizioni speciali di comprensione situazionale immediata ove si possono decodificare le intenzioni, le credenze, le emozioni (Fucci et al., 2011).

Sul metodo

Il nostro protocollo si articola su più fasi ben distinte, che saranno riprese nella Discussione per approfondimenti; qui ci interessa precisare che c'è un primo momento di attività connesse ad una fruizione del filmato originale, che è sonoro ma pressochè assente di parlato, dunque sostanzialmente muto; a questo segue quello di un lavoro di analisi dettagliata della comunicazione, con una ricostruzione attiva di un testo dello stesso filmato; di fatto, con la registrazione poi del copione, si crea un parlato che si sovrappone alle immagini del film muto, diventando una produzione propria del gruppo.

Ci vogliamo in questo contributo soffermare soprattutto sul processo costruttivo, condiviso tra tutti e sempre mediato dagli adulti, secondo i principi dell'approccio Feuerstein, che è ormai lo stile riabilitativo connotante da tempo, insieme alla dimensione grupitale, i nostri trattamenti ambulatoriali. Per il lettore interessato a raccogliere ulteriori informazioni sull'intero protocollo

riabilitativo, come viene proposto nei gruppi a diverso momento di sviluppo, possono essere esaustivi anche i nostri riferimenti in bibliografia.

Dunque, il gruppo si cimenta nell'attività di *esplicitare con parole* le scene dei corti o dei cartoni ove verbalità, di fatto, non c'è. Dopo confronti e dibattito anche serrato sulle differenti proposte di ciascuno, il gruppo trova sempre, con una mediazione adulta a più alta o più bassa intensità a seconda del grado complessivo di evoluzione, una versione condivisa della sceneggiatura, che viene registrata e quindi risentita, accoppiandola insieme allo scorrere delle immagini originali.

L'attenzione per un potenziamento delle abilità pragmatiche deficitarie porta poi a non limitarsi a un'attività di scrittura del copione, ma si chiede al gruppo di esplicitare anche l'intenzionalità nascosta, il *dialogo interno* che c'è in ciascun personaggio: è un'analisi gruppale sull'origine dei fraintesi, quelli che producono l'effetto umoristico dei corti di Mr.Bean, lo spiazzamento delle situazioni inaspettate, assurde, come anche nei cartoni di Pingu.

Un lavoro, dunque, che ha la finalità di spingere soggetti con un'organizzazione del ragionamento immatura, e con un uso pragmatico del linguaggio molto limitato, a sviluppare o comunque rinforzare quelle abilità che permettono comunicazioni più efficaci, imparando a smascherare sottintesi, a risolvere ambiguità, a sviluppare una miglior comprensione situazionale immediata, a dare senso e morale alle narrazioni.

I conduttori del gruppo, i mediatori adulti, sono in ruolo attivo, pongono domande mirate, graduate e rimodulate secondo necessità, mirano al rinforzo delle funzioni cognitive e delle abilità pragmatiche carenti di ciascuno, dirigendo una regolazione dei discorsi, con il rispetto dei turni di comunicazione e del rimanere sul tema, con l'appropriatezza dei vari interventi, la coerenza delle narrazioni, la pregnanza di alcuni aspetti rispetto ad altri, siano eventi, pensieri o sentimenti, e con la graduale costruzione di un pensiero gruppale. Pensare sui pensieri o sui sentimenti dei personaggi è lavorare insieme sulla Teoria della Mente, che è il filo conduttore di questo nostro laboratorio metacognitivo.

L'analisi dettagliata dei films nella prima fase è essenziale per lavorare in quella successiva, quella sulla costruzione del *copione parlato*, un'attività, diciamo, che ha a che vedere con la tecnica del doppiaggio del corto o del cartone originale, e poi su quella di una *ripresa video* del gruppo, con la drammatizzazione/verbalizzazione degli spezzoni essenziali di scene dei films. L'esposizione di ciascuno alla audio-videoregistrazione risulta essere sempre un bel rimettersi in gioco. Dopo, il gruppo si rivede nel proprio spezzone di film, in un contesto non critico, ma accogliente e pronto a sostenere le risorse di ciascuno, anche quelle più nascoste. Molti gruppi ci hanno restituito, verso il termine del percorso riabilitativo, la consapevolezza compiaciuta di essere stati una sorta di *cast* che ha prodotto un proprio film, spesso diverso nella sostanza da quello originale su cui avevano inizialmente lavorato, di "aver fatto una cosa artistica", da far vedere in famiglia ed a scuola, ai compagni di classe ed ai docenti, nei luoghi dove hanno fatto nel tempo incetta di insuccessi.

Discussione

Questo nostro laboratorio è assai centrato sullo sviluppo della competenza pragmatica in gruppi clinici carenti in quel complesso insieme delle abilità che permettono una comunicazione efficace. La competenza in questione è costituita da più componenti e ci si attiene alle diverse categorie già individuate dai vari Autori che le hanno studiate e misurate (Lo Russo 2010, Rinaldi et al., 2009).

Qui presentiamo alcune riflessioni al riguardo prendendo spunto dal nostro materiale riabilitativo, per far notare l'attenzione che il protocollo pone proprio sulle abilità pragmatiche, descritte nelle varie categorie componenti, ma si può cogliere anche il ruolo dell'impalcatura adulta di mediazione e la modificabilità possibile dei nostri gruppi clinici di alunni.

Per tali esigenze, impieghiamo come traccia un gruppo clinico in avvio di preadolescenza, che ha lavorato sul corto intitolato "Il ritorno di Mr.Bean", e nella nota a piè pagina si offre una sintesi stringata della Scena 2, quella della carta di credito, la cui lettura serve per meglio seguire la

discussione. Gli *atti linguistici* e più generalmente *comunicativi* di questo gruppo sono ipoevoluti, sono ragazzi che non sanno ben cogliere e tradurre la funzione del messaggio del film, non hanno facilità a decodificare le informazioni che passano attraverso più canali, quello verbale innanzitutto, ma anche gli altri, visivo, mimico e gestuale, contestuale, e non sanno certo risolvere le ambiguità presenti generosamente nella storia.

Mr. Bean si reca ai grandi magazzini e fa acquisti strampalati come suo solito, poi giunto alla cassa, scambia accidentalmente la sua carta di credito con quella di un altro cliente: piuttosto che spiegare l'accaduto, infila la mano nella tasca, prende il portafogli e scambia le carte; ma nel rimettere il tutto a posto gli si incastra la mano nella tasca dei pantaloni dello sconosciuto. L'uomo si dirige verso un bagno, portandosi appresso Bean, che, come ombra adesa, s'infila dentro, celandosi alle sue spalle, nell'angolo della tazza, mentre l'uomo, sempre tanto sovrappensiero, si siede sul water. Soddisfatto il bisogno, molto sofferto invero da Mr.Bean, l'uomo si gira per prendere la carta igienica e, solerte, Bean gli porge prontamente il rotolo. Spiazzato da una dissonanza cognitiva così intensa per l'assurdo, il signore afferra il rotolo senza contestazione alcuna, come in uno stato ipnotico.

Il mediatore formula domande per sviluppare il dibattito: "quale motivo spinge Mr.Bean ad inseguire quell'uomo?", "Come avrebbe potuto spiegare a parole quello che è successo?", "Perché non lo ha fatto?", "Che pensieri ha quell'uomo quando si rende conto che Mr.Bean è nel bagno con lui?". Si cerca dopo l'analisi dettagliata in gruppo, di arrivare ad una frase, un modo di dire, un proverbio, una metafora che possa dare titolo al film:

1° ragazzo: «'sto mister è un grandissimo casinaro...»; *2° ragazzo*: «a me quello me pare tutto scemo!»; *la ragazza*: «è un pasticcione... fa sempre così 'sto goffone! Anche qui fa i soliti suoi pasticci... come altre volte!»

La discussione andrà avanti fino a giungere ad una conclusione mediata ma condivisa, e peraltro alta, partendo da domini concreti per arrivare ad un dominio concettuale più astratto: «Il lupo perde il pelo ma non il vizio!».

Si lavora sul *registro della comunicazione* e i suoi codici, che richiede sempre un adattamento del proprio stile comunicativo in funzione dell'interlocutore e del contesto situazionale.

Mediatore: «allora, vediamo insieme cosa c'è di assurdo nella scena del bagno...», «c'è da far differenza tra cose pubbliche e ciò che è privato?», «Qual è lo scopo di Mr.Bean? E quello del signore?». Questo dibattito si conclude con la richiesta di riassumere il comportamento di Bean, ed il gruppo arriva a definirlo «proprio tanto imbranato!».

Il gruppo è stimolato a espandere le proprie *abilità conversazionali* nella ricostruzione del racconto: «allora, come è cominciata questa scena?», «E poi cosa succede dopo?», «Perché è successo questo?», sono esempi di come l'adulto dirige il traffico della conversazione in gruppo. Si cerca di regolare poi un discorso comune, coerente e compiuto, diretto a una tirocinante che non ha seguito il film, dunque diventa una narrazione che ha a che fare con la *Teoria della Mente*: c'è da rappresentare, infatti, le conoscenze che si hanno, tenendo conto delle informazioni, diverse da quelle del gruppo, che ha l'interlocutore.

Il mediatore contribuisce a rendere più consapevole il gruppo su cosa è una comunicazione efficace, per qualità (non raccontare ciò che è inadeguato, non significativo, falso), per quantità (nè all'osso nè prolissa), pertinente per informare l'altro, adeguata nella modalità (chiara, ordinata, con gli elementi pregnanti che emergono sui dettagli).

Questa competenza è molto stimolata dalla *costruzione attiva* di un *copione del parlato*, che fa generare ipotesi anche alternative ai pensieri di Bean. Mediatore: «cosa avreste detto voi al signore per chiarire subito lo scambio?», «E in bagno cosa si poteva dire a quell'uomo?»; «Se l'uomo avesse reagito, quali i rischi... e cosa è bene dire in quel caso per evitare altri guai?». Il gruppo così lavora su una *comunicazione referenziale*, costruendo legami tra gli aspetti linguistici e quelli situazionali, individuando le informazioni mancanti, colmando le lacune comunicative. Il mediatore fa pensare il gruppo su quali sono le informazioni che mancano all'uomo quando si accorge di Bean

in bagno, come potrebbe con le parole superare la sorpresa, cosa c'è di strano in quella situazione: un modo per imparare a formulare meglio i messaggi linguistici, ed anche a pensare sulle ambiguità della comunicazione.

Un aspetto rilevante nel protocollo è l'attività del gruppo sull'*elaborazione umoristica*, su cui si è già scritto diffusamente in altri nostri contributi con riferimenti per il lettore in bibliografia (il manuale SorRidere per BenEssere, tra l'altro, è interamente dedicato al "comico" come cura). Il gruppo clinico, che ha un senso dell'umorismo decisamente ipoevoluto, dibatte su cosa fa ridere in quel contesto situazionale e perché, sempre guidato dalla mediazione adulta.

Altra qualità del parlare che merita intervento è la *prosodia*, il riuscire a trasmettere con efficacia dei significati attraverso cambiamenti nell'intonazione, nella velocità e nell'accento. Una consapevolezza di inadeguatezza di questa abilità pragmatica matura di solito nei nostri gruppi clinici proprio tramite le riprese con la videocamera, osservando il film che viene girato dopo l'elaborazione del copione parlato. Invero, proprio in questo gruppo, l'approccio alla drammatizzazione, con le prove comportanti l'elaborazione prosodica e l'esporsi alle esigenze delle riprese filmiche di uno spezzone della scena, ha generato condotte comuni di evitamento del compito, con resistenze insistenti all'azione fino a una sorta di paralisi gruppale. È stato necessario, per uscire dallo stallo, inserire nelle riprese anche gli adulti, che hanno così giocato con i ragazzi "a far gli attori", in un'attività cooperativa non giudicante.

L'osservarsi nello spezzone filmico della scena e, soprattutto, il rivedere anche gli adulti, che si sono concessi il permesso di divertirsi, di sbagliare e riprovare, di chiedere consigli e di farsi correggere, ha sicuramente facilitato l'analisi della performance del gruppo allargato, con critiche anche alla "recitazione" dei singoli, in un clima di arricchimento reciproco, dove la funzione costruttiva gruppale potenziata ha potuto esprimersi.

Spontaneamente, è sorta poi l'idea nel gruppo di creare la ripresa aggiuntiva di una sorta di start per dire «ciak...ora si gira!». Prendendo spunto da una ricorsività televisiva, i ragazzi di questo gruppo hanno deciso di filmarsi tra loro, prima ben nascosti dietro un tavolo, e poi di colpo balzanti fuori tutti con il pollice sollevato a comunicare l'ok ed urlanti all'unisono gioiosamente «Italia Uno!». Come a comunicarci che i loro Sé "nascosti" possono cominciare a venir fuori. Insieme. La scelta del film-base su cui proporre poi il nostro protocollo si differenzia in relazione alle caratteristiche del gruppo clinico, sia per momento di sviluppo sia per dimensione generale dell'ipoevoluzione pragmatica e cognitiva. Con i bambini dell'età di latenza, sempre tra i corti comici di Mr.Bean, spesso si è proposto il più semplice "Mr.Bean va in città", la Scena 3 in particolare, che è quella del fallimento inseguimento del nostro eroe nel tentativo di recuperare la sua scarpa, incautamente poggiata sul tetto di un'auto che poi parte.

I risultati clinici migliori li abbiamo osservati proprio nei gruppi di questo periodo di sviluppo, con il divertimento che fare spezzoni di film, con Bean come riferimento, porta con sé. I bambini clinici in età di latenza che noi trattiamo, in effetti, hanno sì degli insuccessi a scuola, ma in fondo non ancora ben stabilizzati, dunque il fallimento non è un loro vissuto diventato cronico, e poi c'è pure la percezione di Mr.Bean come un adulto pasticcione ancora lontano dalle loro esperienze, pertanto non innesca quei meccanismi proiettivi, d'identificazione, certo più ricorrenti negli adolescenti.

Più congeniale alle esigenze dei nostri utenti dismaturi in età prescolare è risultato invece Pingu, con cui si identificano facilmente, in quanto è cartone che dà parola ai nuclei complessuali propri dell'età, spesso non narrabili linguisticamente, per l'immatunità cognitiva a descrivere il mondo emozionale. I risultati di cura ci fanno anche osservare che, espandendo il vocabolario, arricchendo l'organizzazione frasale, guidati passo passo ad analisi dettagliate dei contesti ambientali e situazionali, delle comunicazioni gestuali, delle modulazioni della voce (fatta di suoni gutturali), i nostri gruppi di piccoli hanno così potuto esplorare in modo più appropriato intenzionalità nascoste, bisogni, pensieri ed emozioni. E dare voce ai personaggi del cartone è per loro un equivalente di dare voce a propri vissuti non facilmente esprimibili altrimenti, per carenza di mentalizzazione.

Conclusione

Il nostro è dunque un contributo per un uso riabilitativo in età evolutiva di materiale cinematografico e televisivo, con una scelta assai mirata dello strumento filmico: in effetti, l'impiego dei corti comici di Mr.Bean e dei cartoni animati con Pingu, che sono senza traccia linguistica, ha un po' il sapore di un ritorno allo stile di un cinema muto. Ma con prodotti artistici creati in pieno sonoro, recenti anche per impiego di tecnologia evoluta, specie per i cartoni di Pingu, e pertanto di buon gradimento generale per i nostri fruitori. Una scelta speciale, condizionata dalle necessità della clinica, quella del trattamento di gruppi di alunni con un'organizzazione del ragionamento immatura e una marcata compromissione delle abilità pragmatiche del linguaggio.

Dare parole e dunque voce ai personaggi dei filmati proposti è stato l'equivalente di dare voce, nella sostanza, ai vissuti personali dei nostri pazienti. Il potenziamento cognitivo e pragmatico che il protocollo propone ai nostri gruppi riabilitativi è utile per risignificare e trasformare le esperienze di questi alunni collezionisti di fallimenti.

Si tratta di modificare un loro Sè Accademico piuttosto depresso, e infatti ciò che si propone nel ciclo di cura intende essere un contributo per cominciare a percepirsi con un Sè più integrato, che sia più coeso, efficace, competente.

I trattamenti ciclici, nella nostra esperienza, ci suggeriscono che nell'immediato i nostri gruppi si modificano proprio in tal senso, e anche genitori e insegnanti riscontrano dei cambiamenti, per più aderenza ai contesti, dunque alla realtà, per una riduzione della tendenza alle fughe in fantasia e dal compito, per una maggiore inclusione in casa ed in aula, con una migliorata padronanza nella comunicazione, perfino nelle abilità pragmatiche, ed anche nella relazione. È certo importante, per una stabilizzazione dei risultati che si riscontrano nel breve periodo, che si riesca poi a esportare attività come le nostre anche altrove, a cominciare proprio dalla scuola.