



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI BERGAMO

# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BERGAMO

Dipartimento di Scienze Umane e Sociali

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica

Classe n. LM-51 – Psicologia Clinica

## **Videogiochi e psicoterapia: studio empirico a caso singolo sull'approccio integrato della Video Game Therapy®**

Relatore:

Chiar.mo Prof. Andrea Greco

Correlatori:

Chiar.mo Dott. Francesco Bocci

Chiar.ma Dott.ssa Maura Crepaldi

Tesi di Laurea Magistrale

Luca PEDERSOLI

Matricola n.1062606

ANNO ACCADEMICO 2022 / 2023

## INDICE

ABSTRACT .....	4
INTRODUZIONE .....	5
CAPITOLO 1 – VIDEO GAME THERAPY®: UN APPROCCIO INTEGRATO .....	9
1.1    Le fondamenta della Video Game Therapy® .....	9
1.2    Costrutti psicologici utilizzati e scale di valutazione .....	16
1.2.1    Flow .....	16
1.2.2    Ascolto libero e libere associazioni .....	21
1.2.3    Terapia Narrativa e Storytelling .....	23
1.2.4    Questionari e scale per la valutazione .....	25
1.3    Struttura e fasi del processo terapeutico .....	28
1.3.1    Assessment e scelta del videogioco .....	30
1.3.2    Sessione di gioco e funzioni principali della Video Game Therapy® .....	34
1.3.3    Insight .....	36
1.3.4    Reorientation .....	44
CAPITOLO 2 – LA VIDEO GAME THERAPY® NELL’ISOLAMENTO SOCIALE .....	47
2.1    Isolamento sociale .....	47
2.1.1    Potenziali indicatori e fattori di rischio .....	52
2.1.2    Implicazioni dell’isolamento sociale sulla salute .....	55
2.2    Hikikomori .....	59
2.2.1    Comorbilità e possibili cause di hikikomori .....	63
2.2.2    Diffusione del fenomeno nel resto del mondo .....	66
2.2.3    Approcci terapeutici .....	68
2.3    NEET .....	70

2.3.1	Fattori di rischio e conseguenze dell'essere NEET .....	72
2.3.2	Il contesto italiano .....	75
CAPITOLO 3 - STUDIO EMPIRICO .....		79
3.1	Obiettivi e ipotesi .....	79
3.2	Metodo .....	80
3.2.1	Partecipanti.....	80
3.2.2	Strumenti utilizzati: scale e questionari .....	81
3.2.3	Strumenti utilizzati: videogiochi .....	86
3.2.4	Procedura.....	88
3.3	Analisi statistiche e risultati .....	90
3.4	Limiti e temi d'interesse per successivi studi.....	96
CONCLUSIONI .....		98
BIBLIOGRAFIA .....		100

## **ABSTRACT**

Negli ultimi decenni i videogiochi hanno guadagnato un ruolo fondamentale nella cultura contemporanea e nella vita di giovani e adulti. La loro influenza è evidente in vari aspetti della società, dall'arte, alla comunicazione, all'immaginario collettivo, arrivando fino all'ambito della salute mentale. I videogiochi, infatti, stanno diventando sempre di più uno strumento terapeutico efficace e innovativo per il miglioramento di diversi disturbi di salute mentale.

L'obiettivo dell'elaborato è molteplice. In primo luogo, presentare l'approccio integrato della Video Game Therapy®, descrivendo le basi teoriche, la struttura e i costrutti psicologici del processo terapeutico. In secondo luogo, l'elaborato si propone l'obiettivo di presentare l'uso della Video Game Therapy® nelle situazioni specifiche di isolamento sociale, comprendendo gli Hikikomori e i NEET, che possono trarre giovamento dall'utilizzo di questo approccio. Infine, viene riportato uno studio empirico, condotto tramite l'utilizzo di un protocollo di Video Game Therapy®, con lo scopo di verificare l'efficacia, i risultati raggiungibili e le possibili limitazioni dello strumento, fornendo in ultima istanza dei temi d'interesse per studi successivi.

## INTRODUZIONE

In modo un po' sorprendente, fu solo all'inizio degli anni '70 che gli operatori nel campo dei giochi furono finalmente in grado di mettersi d'accordo su quale dovesse essere la definizione di "gioco". La definizione che oggi è accettata dalla maggior parte degli operatori è quella proposta da Clark C. Abt nel 1986, ossia: "qualsiasi competizione (gioco) tra avversari (giocatori) che operano sotto vincoli (regole) per un obiettivo (vincere, ricompensa della vittoria)". (Ellington, Addinall, & Percival, 1982, p. 9)

In questo elaborato ci concentreremo quasi esclusivamente sull'uso di una tipologia specifica di gioco, ossia il videogioco. Il videogioco è un gioco gestito da un dispositivo elettronico, quale un computer o una console da gioco, che consente all'utente di interagire con le immagini proiettate su uno schermo tramite una o più periferiche di input chiamate controller, ne sono alcuni esempi gamepad, joystick, mouse o tastiera. Generalmente prevede che un utente interagisca con il display visivo per controllare personaggi o oggetti all'interno di un ambiente virtuale.

La domanda riguardante cosa costituisca un gioco è una questione fondamentale negli studi e nelle ricerche sui giochi. Ad oggi non esiste nella letteratura un consenso unanime su quale sia la definizione effettiva di "gioco". Negli ultimi decenni molti filosofi, storici e game designer<sup>1</sup> hanno proposto varie definizioni rispetto a cosa costituisce un gioco. Secondo lo storico olandese Huizinga, autore del testo *Homo Ludens* (1938), il gioco è definibile come "un'attività libera che si pone consapevolmente al di fuori della vita "ordinaria" in quanto "non seria", ma che allo stesso tempo assorbe il giocatore intensamente e completamente". Seguendo una linea di pensiero simile i teorici Zimmerman e Salen (2003) affermano che "un gioco è un sistema in cui i giocatori si impegnano in un conflitto artificiale definito da regole, che porta a un risultato quantificabile". I game designer Suits (2005) e Crawford (1984), rispettivamente, hanno descritto il gioco come "il tentativo volontario di superare

---

<sup>1</sup> Il game designer è la figura professionale responsabile dell'ideazione delle meccaniche e della scrittura delle regole di un videogioco.

ostacoli non necessari” e “un’attività di problem-solving, affrontata con un atteggiamento giocoso”.

Queste definizioni ci forniscono i quattro principali elementi di un gioco (Alexiou et al., 2012).

- L’artificialità, caratteristica distintiva dei giochi che permette l’instaurarsi di una realtà fittizia e di una dimensione provvisoria all’interno della quale i partecipanti entrano o addirittura creano quando il gioco ha inizio.
- La presenza di un conflitto, suggerisce che i giochi rappresentino una sfida di potere; il conflitto può essere tra giocatori o, nel caso di videogiochi, tra giocatori e computer e presuppone l’esistenza di regole.
- Le regole, queste esistono per limitare certe azioni e fornire una struttura al gioco, mentre definiscono la sfida e la difficoltà.
- Il gioco ha una fine, sotto forma di un risultato quantificabile che definisce il vincitore o funge da misura delle prestazioni.

La maggior parte delle definizioni avanzate negli anni si concentrano ed enfatizzano particolari caratteristiche dei giochi che possono essere utili quando si considera un’esperienza videoludica rivolta alla terapia e alla cura della persona (Bocci et al., 2023).

Questi specifici elementi comprendono:

- Coinvolgimento, in quanto i videogiochi sono progettati per essere coinvolgenti ed immersivi, fatto che può renderli molto efficienti nel mantenere i partecipanti concentrati e motivati durante le sessioni di terapia;
- Interattività, spesso i videogiochi sono interattivi permettendo agli utenti di interagire attivamente tra di loro (nel caso di sessioni con più partecipanti) o con il terapeuta durante la terapia. Questo specifico elemento può essere particolarmente utile e vantaggioso per individui con difficoltà nel verbalizzare i propri pensieri e sentimenti;
- Feedback visivo e uditorio, questi possono essere utilizzati per rinforzare comportamenti positivi e forniscono un riscontro istantaneo sui progressi raggiunti;
- Personalizzazione, i videogiochi possono essere personalizzati e modificati su misura per soddisfare specifiche esigenze e obiettivi dell’individuo. Le personalizzazioni comprendono il livello di difficoltà, la tipologia di gioco e la durata della sessione;

- Varietà, esiste una enorme quantità di opzioni disponibili che vanno dai giochi d'azione a quelli più tradizionali arcade<sup>2</sup> o puzzle, di strategia o di simulazione. Questa grande varietà di scelta può aiutare gli utenti a trovare il tipo di gioco che più li aggrada e che sono motivati a giocare;
- Accessibilità, com'è risaputo i videogiochi sono accessibili anche da remoto rendendoli strumenti estremamente utili e convenienti in caso di terapie con soggetti che potrebbero avere difficoltà negli spostamenti;
- Valutazione, tramite i videogiochi è possibile valutare e monitorare le capacità cognitive di un partecipante, come memoria, attenzione e capacità decisionali;
- Realtà Virtuale, da qualche anno a questa parte i videogiochi possono essere utilizzati in ambienti di realtà virtuale tramite appositi visori, consentendo alle persone di sperimentare simulazioni coinvolgenti e realistiche di scenari del mondo reale. Questo tipo di strumento risulta particolarmente utile per individui affetti da fobie o altri disturbi d'ansia.

Nella letteratura esistono diversi esempi su come sfruttare l'uso dei videogiochi per supportare una terapia psicologica o semplicemente per ridurre e modulare determinati aspetti della salute mentale e fisica. Nella prima parte dell'elaborato ci concentreremo sull'approccio integrato proposto dal Dott. Bocci (2019) della Video Game Therapy® (VGT), come è nato, quali sono le tecniche e i modelli impiegati a supporto del processo di derivazione adleriana, come funziona e come viene utilizzato all'interno di un setting terapeutico. Oltre alle implicazioni nella VGT® si parlerà anche dell'uso del videogioco in generale per la regolazione, modulazione e potenziamento di fattori cognitivi come ansia, stress, emozioni e stile di vita.

Successivamente verrà approfondito l'uso della Video Game Therapy® in situazioni di isolamento sociale, concentrandoci particolarmente su due fenomeni che negli ultimi anni, specialmente dall'inizio della pandemia di COVID-19 in poi, stanno crescendo esponenzialmente. I fenomeni in questione sono quelli di Hikikomori, diffuso soprattutto in territorio giapponese ma che sta prendendo piede anche nel resto del mondo, e di NEET

---

<sup>2</sup> Il termine arcade può riferirsi all'oggetto fisico tramite il quale si gioca (es. cabinato a gettoni) o al tipo di esperienza di gioco, basata sull'azione immediata più che sulla tattica o il ragionamento.

(dall'acronimo inglese di *Not [engaged] in Education, Employment or Training*), in continuo aumento soprattutto in Italia.

Nell'ultima parte di questo lavoro verrà presentato uno studio empirico da me condotto utilizzando l'approccio della Video Game Therapy® con due soggetti partecipanti al progetto Oltre Lo Schermo (OLS), il quale mira a contrastare e prevenire i fenomeni di disagio giovanile attraverso la promozione e il supporto di percorsi di crescita, partecipazione e inclusione sociale, utilizzando strumenti innovativi di welfare territoriale.

# CAPITOLO 1 – VIDEO GAME THERAPY®: UN APPROCCIO INTEGRATO

In questo capitolo è presentato l’approccio integrato della Video Game Therapy® ideato nel 2019 dal Dottor Francesco Bocci. Verrà presentato lo strumento ideato dal Dottor Bocci, esponendo le teorie e gli studi che hanno guidato la nascita di questo approccio *evidence based*, la struttura dello strumento, le fasi del processo terapeutico proposto, le tecniche e i modelli psicologici utilizzati.

## 1.1 Le fondamenta della Video Game Therapy®

Nell’ultimo decennio, e persino più a lungo per certe persone, i videogiochi sono diventati l’attività passatempo più diffusa in tutte le fasce di età, surclassando di colpo attività extracurricolari come la lettura e molte altre attività meno piacevoli e monotone (Bean, 2018). Al giorno d’oggi ormai tutti hanno sentito parlare di videogiochi e di solito hanno, almeno a un livello base, una familiarità con i diversi tipi di videogiochi disponibili sul mercato. Le generazioni più giovani giocano soprattutto per puro divertimento, gli adulti principalmente giocano per concedersi una pausa o per passare del tempo a casa o a lavoro e gli anziani giocano per mantenere la loro mente allenata e “prevenire” la demenza; i videogiochi sono diventati una forma di intrattenimento estremamente popolare e influente per molte culture e fasce di età (Bean, 2018).

È dai presupposti della *Geek Therapy* (2011) e dalle teorie di Moreno e Fox (1987) riguardo lo psicodramma classico e la terapia di gruppo che il Dottor Francesco Bocci nel 2019 ha preso ispirazione per sviluppare il processo della Video Game Therapy®. La *Geek Therapy* è un tipo di terapia che utilizza giochi di ruolo, fantasia e identificazione personale per stabilire connessioni, promuovere l’interazione e facilitare la crescita personale e intrinseca dei pazienti (Bean, 2018). Le teorie di Moreno si concentrano principalmente sulla terapia di gruppo nel trattamento di problemi di organizzazione sociale e salute mentale tramite l’utilizzo del gioco di ruolo. All’interno dello psicodramma il paziente, chiamato protagonista, è invitato a condividere il suo mondo interiore, portando alla convalida della sua identità (Moreno e Fox, 1987).

Progettata per essere utilizzata in un setting psicologico, la Video Game Therapy® funge da mezzo per promuovere una migliore regolazione emotiva, sia tramite un lavoro clinico che terapeutico (Bocci et al., 2023). All'interno di un lavoro clinico, applicando la teoria psicologica e le tecniche, vengono utilizzati una varietà di metodi, tra cui test psicometrici, spesso somministrati sotto forma di questionari e interviste, in contesti sanitari e di assistenza sociale. La terapia, invece, prevede un approccio basato principalmente sul colloquio e la relazione terapeutica, lavorando a stretto contatto e in collaborazione con il paziente. Inoltre, facilita interventi di supporto ed espressivi.

Il concetto sottostante prevede l'utilizzo di videogiochi commerciali per esplorare vari aspetti delle emozioni, dei pensieri e dello stile di vita di un individuo che emergono all'interno del mondo virtuale dei giochi. Questo tipo di approccio è estremamente versatile e adattabile, somministrabile a un gruppo di pazienti di età diverse, che include non solo bambini e adolescenti, ma anche giovani adulti e adulti (Bocci et al., 2023).

I videogiochi offrono una nuova forma di coinvolgimento all'interno di contesti immaginari, sviluppati appositamente per suscitare un certo tipo di risposta fisica ed emotiva, resi vivi attraverso supporti visivi e digitali. In questo scenario il paziente ha la possibilità di esprimere i tratti più significativi della propria personalità con una maggiore libertà e con minori difese rispetto al solo dialogo faccia a faccia, mettendosi in gioco all'interno di un ambiente protetto. Ciò è reso possibile grazie alle proprietà coinvolgenti e immersive dei videogiochi, che rendono l'esperienza videoludica particolarmente spontanea (Bocci et al., 2023).

Nonostante le perplessità iniziali della classe medica, dato che i videogiochi faticano ancora ad essere riconosciuti come uno strumento potenzialmente riparativo in ambienti clinici, è stata riscontrata una reazione positiva durante e dopo la pandemia (Bocci et al., 2023). La pandemia ha aumentato a livello mondiale la diffusione di disturbi mentali nella società, in particolar modo depressione, ansia e angoscia. Il dolore per la perdita dei propri cari, la sensazione di impotenza e l'eccessiva preoccupazione di contrarre o trasmettere il virus ad altri membri della famiglia sono elementi di stress rilevanti che, insieme, possono contribuire a un aumento dei sintomi di depressione, ansia e pensieri suicidari (Vatansever et al., 2021). Tuttavia, la pandemia ha anche contribuito significativamente ad accrescere la necessità di

metodi di coping accessibili ed economicamente convenienti, dei quali i videogiochi rappresentano una valida ed efficace soluzione (Kowal et al., 2021).

I videogiochi commerciali sono generalmente fruibili gratuitamente o disponibili in negozi fisici e online, ad un costo relativamente basso. Essi posseggono molte importanti funzionalità (schemi definiti, scenari controllati all'interno del gioco relativi a specifici problemi di salute mentale, progettazione, coinvolgimento tra utenti e agevolazione a uno stato di *flow* immersivo) necessarie per renderli efficaci come strumento preventivo o come supporto da integrare in terapie tradizionali nel trattamento di disturbi di ansia e depressivi (Kowal et al., 2021). Inoltre, rispetto a molti trattamenti clinici (ad esempio farmacologici e psicologici), i videogiochi commerciali sono prontamente disponibili, portatili, a un basso costo che spesso non comporta alcun onere finanziario, sono accessibili da remoto, nella maggior parte dei casi non richiedono una supervisione di persona, sono facili da implementare in molte tipologie di trattamento e comportano un rischio notevolmente ridotto di effetti collaterali avversi (Kowal et al., 2021). Un ulteriore vantaggio a favore di questi videogiochi è il fatto che, come forma di intrattenimento, essi sono già estremamente popolari tra gli individui sia sani che affetti da problematiche di salute mentale, con il 79% di videogiocatori sopra l'età di 18 anni (Gough, 2020). Nel 2023 l'azienda DFC Intelligence (azienda che si occupa di analisi di settore e previsioni di mercato per l'industria dei videogiochi) ha stimato, tramite una ricerca di mercato, che circa tre miliardi di persone in tutto il mondo giocano ai videogiochi attraverso qualsiasi piattaforma disponibile.

I principi scientifici che sono alla base della Video Game Therapy® sono supportati da numerosi studi effettuati nell'ultimo decennio che approfondiscono l'utilizzo dei videogiochi per l'allenamento cognitivo, la riabilitazione neuropsicologica, per scopi educativi e il ripristino di funzioni cognitive e fisiche compromesse (Botella et al, 2015; Ferrari et al., 2022; Molina et al., 2022; Nicholas et al., 2015; Schubring et al., 2020; Strobach e Shubert, 2020). Contrariamente alle credenze comuni, le abilità sviluppate attraverso il coinvolgimento con i videogiochi non sono limitate al mondo digitale (Bocci et al., 2023); piuttosto, tendono ad essere trasferite sia a contesti individuali che relazionali della nostra vita quotidiana. È proprio per questo motivo che i videogiochi commerciali e i videogiochi sviluppati appositamente per uso terapeutico (chiamati *serious games*) sono stati utilizzati

per il miglioramento e la riabilitazione di numerose problematiche in una moltitudine di ambiti clinici (Auxier, 2018; Danilina, 2019; David et al., 2020; Khan et al, 2022).

Ad oggi sono stati somministrati trattamenti utilizzando il videogioco per il recupero da traumi cerebrali (Moraes et al., 2021), disturbi neurodegenerativi (Yuan et al., 2020), disturbi specifici dell'apprendimento (Tore et al., 2014), disturbi da deficit dell'attenzione e iperattività (Evans et al., 2021) e persino per la prevenzione del declino cognitivo dato dall'invecchiamento fisiologico (Sokolov et al., 2020). La letteratura in questo campo ha mostrato come intense esercitazioni attraverso l'uso del videogioco possono portare a un miglioramento nel recupero delle funzioni di specifiche aree cerebrali, quali l'ippocampo destro, cruciali per la navigazione spaziale e spesso compromesse in disturbi neurodegenerativi e con l'aumento del deterioramento cognitivo (Sokolov et al, 2020).

Ulteriori studi sostengono l'idea che un trattamento digitale tramite sessioni di videogioco può supportare la terapia farmacologica o psicologica clinica, portando a miglioramenti in abilità di lettura (Franceschini e Bertoni, 2019), concentrazione nel tempo, capacità di focalizzazione e attenzione (Rohani et al., 2014), attenzione divisa e percezione più rapida degli stimoli (Baniqued et al., 2014), abilità di socializzazione, comunicazione, funzioni motorie (Jiménez-Muñoz et al., 2022) e persino nella diminuzione di sintomi da PTSD (Butler et al., 2020) e di ricordi intrusivi (Iyadurai et al., 2018). È interessante notare come l'efficacia dei videogiochi commerciali nel ridurre livelli di ansia e depressione sia stata dimostrata in vari generi di giochi, dagli *exergames* (giochi che espletano anche una funzione di esercizio fisico) ai più classici giochi d'azione, e dispositivi di gioco, inclusi gli smartphone (Pallavicini et al., 2021). I benefici del videogioco non sono limitati solamente a individui con una diagnosi psichiatrica o disturbi cerebrali; infatti, videogiochi commerciali come *Crash Bandicoot* possono essere utili per migliorare la pianificazione delle attività in bambini e adolescenti con difficoltà nel rispettare le regole e *Little Big Planet* può aiutare nella gestione efficace dei conflitti attraverso tecniche di discussione, compromessi e adattamento (Al Husni Al Keilani et al., 2020).

Come menzionato precedentemente, uno degli aspetti fondanti della Video Game Therapy® è costituito dalla teoria della Geek Therapy fondata dallo psicoterapeuta Anthony Bean (2018). Questo tipo di approccio ha come popolazione target i cosiddetti "geek", ossia

individui esperti, appassionati o ossessionati da un particolare hobby (prevalentemente, ma non esclusivamente, relativo alla tecnologia). I pazienti geek si identificano con i personaggi dei propri videogiochi, fumetti o anime<sup>3</sup> preferiti oppure con personaggi di giochi di ruolo come ad esempio *Dungeons & Dragons*. L'aspetto interessante dal punto di vista psicologico è che tramite questa identificazione e immersione nella dimensione fittizia del gioco, manga<sup>4</sup> o hobby preferito, all'individuo è consentito di esprimere più liberamente e senza restrizioni le proprie emozioni, pensieri e comportamenti (Bocci et al., 2023). In tale situazione il giudizio sociale del mondo reale viene temporaneamente sospeso, creando un ambiente sufficientemente protetto da permettere alle persone di aprirsi mentre si divertono allo stesso tempo. È importante non giudicare gli interessi geek dei pazienti, ma invece sfruttare l'attività di gioco per comprendere ciò che il giocatore sta vivendo, i suoi sentimenti, cosa lo porta a scegliere uno specifico personaggio e svolgere determinate azioni (Bocci et al., 2023). La Geek Therapy è un approccio adatto a tutte le età per persone con interessi geek ed è risultata utile nel trattamento di problemi di autostima, ansia, depressione, PTSD, disturbi dell'attenzione e disturbi dello spettro autistico (Bean, 2020).

Come già accennato la Video Game Therapy® è stata sviluppata nel 2019 dal Dottor Francesco Bocci, psicologo e psicoterapeuta ad orientamento Adleriano, basata sull'utilizzo clinico, terapeutico e riabilitativo dei videogiochi e della realtà virtuale all'interno di percorsi di psicoterapia individuale e di gruppo (Bocci et al., 2023). Grazie alla creazione di un setting relazionale i pazienti si sentono a proprio agio nell'esprimersi liberamente in un ambiente sicuro, familiare e divertente, anche per coloro che temono il confronto sociale e tendono all'isolamento. In questo ambiente i pazienti, soprattutto bambini e adolescenti, sono generalmente più propensi e invogliati a parlare di Sé attraverso l'esperienza di gioco con coloro che in quel momento giocano con loro o li assistono; inoltre, si sentiranno motivati nello svolgimento dell'attività e nel raggiungimento degli obiettivi preposti, grazie anche alle proprietà intrinsecamente stimolanti del videogioco (Bocci e Sala, 2019). Ciò consente al terapeuta di osservare e comprendere il loro stato emotivo tramite le scelte di gioco e le reazioni comportamentali.

---

<sup>3</sup> Termine con cui si indicano le opere disegnate a mano e animate al computer di produzione giapponese.

<sup>4</sup> Termine giapponese che indica i fumetti originari del Giappone.

La Video Game Therapy® permette di intraprendere un lavoro di contenimento emotivo e di autoregolazione cognitiva, ricorrendo al videogioco commerciale per instaurare uno stato di equilibrio mentale e di benessere nel paziente, così da favorire l'insight e portarlo a riflettere su alcuni aspetti salienti del proprio carattere e del proprio stile di vita, sulle proprie emozioni e pensieri legati a determinati episodi di vita, che rivivono nel setting di gioco. È fondamentale ricordare che un approccio di questo tipo non deve essere visto come un sostituto della terapia tradizionale, ma anzi esso coesiste con un percorso terapeutico e ne diventa uno strumento funzionale.

I principali obiettivi terapeutici della Video Game Therapy® sono (Bocci e Sala, 2019; Bocci et al., 2023):

- Promuovere la sperimentazione emotiva con l'altro (terapeuta o caregiver), favorire la messa in opera di processi empatici e di mentalizzazione attraverso l'attivazione della sfera emozionale e affettiva;
- Promuovere l'alfabetizzazione emotiva, attraverso il raggiungimento di un livello di coscienza più cognitivo e razionale;
- Incentivare l'identificazione dell'emozione primaria della "scoperta", in modo da desensibilizzare e compensare una cognizione persistente di inferiorità;
- Favorire un sentimento sociale, facendo sì che il videogioco diventi lo strumento per una cooperazione reciproca e la condivisione di dinamiche interne;
- Promuovere la consapevolezza di un proprio ruolo o identità in un dato momento della vita, grazie alla correlazione tra lo stile di vita reale del paziente con l'avatar<sup>5</sup> del protagonista o di un personaggio del videogioco all'interno di una storia narrata virtualmente;
- Favorire lo skill training rispetto a determinate abilità deficitarie nel soggetto;
- Attivare i processi cognitivi di *imagery*, addestramento ideomotorio, autoregolazione rispetto ad obiettivi concordati e richiesti dal videogioco o dagli altri videogiocatori presenti;

---

<sup>5</sup> Nel mondo virtuale l'avatar è una rappresentazione grafica scelta per rappresentare la propria utenza in comunità virtuali o di gioco online

- Attivazione di un'esperienza immersiva e trasformativa attraverso lo stato di flow, promuovendo concentrazione e processi mentali relativi ad attenzione, risoluzione di problemi, pensiero critico, team building, proattività e processo decisionale;
- Favorire processi di insight, autoregolazione e autoriflessività;
- Promuovere il Sé creativo e facilitare la narrazione di parti di Sé.

Ad oggi i risultati ottenuti si concentrano principalmente sul miglioramento dell'autoconsapevolezza e del controllo degli stati emotivi, ma includono anche riflessioni su come le abilità del paziente vengono utilizzate durante la sessione di gioco, fornendo spunti e considerazioni per quanto riguarda la correlazione tra gioco e situazioni di vita quotidiana (Bocci et al., 2023).

Bisogna, inoltre, evidenziare che durante questo tipo di percorso il focus non è tanto legato al contenuto o al mezzo utilizzato, nel nostro caso il videogioco, ma soprattutto a come viene utilizzato e al modo in cui il terapeuta lo propone e agisce durante la sessione. L'approccio terapeutico attraverso l'uso di videogiochi è molto più complesso e profondo di quanto possa sembrare a prima vista. La Video Game Therapy® non dovrebbe essere ridotta alla semplice pratica di allenare competenze o come una forma di distrazione e via di fuga dalla realtà. Al contrario, rappresenta un'opportunità significativa per esplorare emozioni e sentimenti in un ambiente sicuro e controllato (Bocci et al., 2023).

Durante il percorso di Video Game Therapy® nel paziente potrebbero riattivarsi dinamiche protettive e difese primordiali che non potrebbero essere esplicitate se non in un ambiente protetto e regolato, permettendogli di vivere diversi mondi, personaggi e storie che può assimilare e fare proprie riflettendo su come queste possano essere traslate nella sua vita di tutti i giorni (Bocci et al., 2023). Il setting che viene a crearsi consente al terapeuta e al paziente giocatore, alla diade terapeutica, di spaziare con l'immaginazione, di essere e rimanere "fluidi" nella relazione, riportando alla vita proiezioni, identificazioni, vissuti emotivi, traumi passati e ricordi d'infanzia, senza rimanere incastrati in essi ma dandone un nuovo significato adattivo e creativo. Il compito del terapeuta consiste nel dare un significato ai contenuti emersi in relazione alla situazione di vita attuale del paziente. Ciò viene fatto offrendo nuovi modi di interpretare tali contenuti e nuove prospettive, con l'obiettivo di

avviare un processo terapeutico di trasformazione. Di conseguenza, l'attenzione è posta principalmente sulla relazione attiva e giocosa tra terapeuta e paziente (Bocci et al., 2023).

Il videogioco funge da dimensione fittizia e provvisoria in cui le persone possono temporaneamente “staccarsi” e sfuggire dalle richieste che la vita ci impone quotidianamente. Questa forma di “presentificazione” (il cosiddetto flow che verrà approfondito più avanti, vedi paragrafo 1.2.1) è spesso mancante nella nostra società attuale, ma risulta fondamentale nello sviluppo salutare del Sé creativo (Bocci et al., 2023). In confronto al gioco tradizionale, il videogioco costituisce una dimensione più vasta in termini di stimolazione e di variabili coinvolte (Bocci e Sala, 2019).

Il videogiocare non è un atto completamente razionale in quanto il risultato di ogni azione e scelta può portare a conseguenze estremamente diverse e in parte imprevedibili. Le potenzialità del mezzo sono notevolmente amplificate, ma allo stesso tempo, cresce l'importanza di preservare un setting relazionale stabile. Questo setting agisce come un confine critico per evitare che il videogioco stesso diventi ostacolante nel processo di co-costruzione di significati e nel rinnovato sviluppo del Sé creativo (Bocci e Sala, 2019). Pertanto, per evitare il rischio di compromettere la relazione terapeutica, il percorso terapeutico e il processo creativo in atto, il terapeuta ha sempre il compito di guidare il paziente nell'individuare un significato personale all'interno dei contenuti elicitati dal gioco terapeutico, facendolo riflettere sulla correlazione tra le storie digitali e le sue esperienze di vita reale e viceversa (Bocci et al., 2023).

## **1.2 Costrutti psicologici utilizzati e scale di valutazione**

Prima di trattare la struttura e le fasi che caratterizzano il processo terapeutico della Video Game Therapy®, descriviamo il principale costrutto psicologico messo in atto durante la somministrazione dello strumento e ulteriori tecniche utilizzate all'interno del processo. Successivamente vengono presentati i questionari e le scale di valutazione somministrati per misurare l'andamento del percorso.

### **1.2.1 Flow**

Il costrutto più importante e assolutamente necessario per garantire lo svolgimento e la buona riuscita della Video Game Therapy® è il cosiddetto *flow*, elaborato dallo psicologo ungherese

Mihály Csíkszentmihályi nel 1975. Esistono una moltitudine di termini relativi allo stato di flow, quali “stato di esperienza ottimale”, “stato di grazia”, “trance agonistica”, “zona di massima performance” o più colloquialmente “essere nella zona”. Nonostante le variazioni nei termini utilizzati e nelle definizioni adottate per descrivere il concetto, il desiderio di raggiungere questo stato sembra essere comune a diverse culture. A conferma di ciò, numerosi studi transculturali mettono in evidenza come gli esseri umani tendano a dedicare le loro risorse mentali alle opportunità ambientali che offrono la possibilità di sperimentare questo complesso e gratificante stato di coscienza (Moneta, 2004).

Nell’ambito della psicologia positiva il flow si riferisce a uno stato mentale in cui una persona che esegue un’attività è completamente immersa in una sensazione di focalizzazione estrema, pieno coinvolgimento e divertimento nel processo dell’attività in atto. Come descritto dall’autore “*la sensazione olistica che le persone provano quando agiscono con totale coinvolgimento*” (Csíkszentmihályi, 1975, pp. 31). Il flow è caratterizzato dal completo assorbimento in ciò che si fa, al punto da perdere la percezione del senso del tempo (Ellis et al., 1994) e sperimentare livelli di concentrazione eccezionali.

Il flow costituisce una fusione tra azione e coscienza, uno stato di equilibrio tra le proprie abilità e la difficoltà del compito. Richiede un alto livello di concentrazione, tuttavia dovrebbe essere raggiungibile da tutti, o quasi, senza troppi sforzi. Durante questo stato i sensi vengono intensificati al punto da alterare la percezione, il campo visivo sembra espandersi, i suoni esterni svaniscono, gli odori diventano più intensi e il corpo si alleggerisce. Non vi sono distrazioni poiché l’attenzione è totalmente focalizzata sugli stimoli rilevanti per la performance, non si prova stanchezza in quanto prevale la sensazione che si possa continuare l’attività indefinitamente (Bocci et al., 2023). Tutte le componenti psicofisiologiche dell’esperienza umana lavorano in sincronia e in modo armonioso.

Questi momenti però, il più delle volte non sono di relax passivi e recettivi, tendono a verificarsi quando il corpo o la mente di una persona sono spinti al limite in uno sforzo volontario per realizzare qualcosa che è difficile o utile (Csíkszentmihályi, 1990). Lo stato di flow, quindi, non è semplicemente un’esperienza positiva dato che può comportare anche elementi di fatica e frustrazione, purché non siano eccessivi, i quali però contribuiscono al miglioramento dell’autocontrollo durante il compito svolto. In uno stato di flow si ha il

controllo della propria energia mentale e tutto ciò che viene fatto contribuisce a portare ordine alla consapevolezza.

Dopo un'esperienza di flow il nostro senso di sé diventa più complesso grazie a due ampi processi psicologici: la differenziazione e l'integrazione. Il sé si differenzia man mano che la persona, in seguito allo stato di flow, si sente più competente e abile. L'integrazione, invece, è data dalla focalizzazione di pensieri, intenzioni, sentimenti e sensi verso un obiettivo specifico. Alla fine dell'esperienza ci si sente più connessi di prima, non solo internamente ma anche rispetto agli altri individui e al mondo in generale. La differenziazione promuove l'individualità, mentre l'integrazione agevola le connessioni e la sicurezza (Csíkszentmihályi, 1990).

Tuttavia, alcuni individui sono costituzionalmente incapaci di sperimentare il flow, ad esempio gli schizofrenici, i quali si focalizzano su stimoli irrilevanti e tendono a distrarsi facilmente (Csíkszentmihályi, 1990). Altri potrebbero trovare difficile concentrare l'energia mentale, essere eccessivamente consapevoli di sé o egocentrici. Il flow è difficilmente raggiungibile anche nei casi di alienazione, condizione che costringe l'individuo ad agire contrariamente ai suoi obiettivi, o di anomia, dove le norme sociali diventano confuse portando a comportamenti irregolari.

Csíkszentmihályi e Rathunde hanno individuato i seguenti fattori che, pur potendo apparire indipendentemente l'uno dall'altro, sono in combinazione tra loro e caratterizzano lo stato di flow (Csíkszentmihályi e Rathunde, 1993):

- Obiettivi chiari: il soggetto identifica precisi obiettivi a breve, medio e lungo termine e le modalità di raggiungimento sono chiare.
- Concentrazione totale sul compito: un alto grado di concentrazione in un limitato campo di attenzione. Il soggetto non ragiona su passato e futuro, ma solo sul presente.
- Perdita dell'autoconsapevolezza: il soggetto è talmente assorto nell'attività da non preoccuparsi del suo ego. Egli è effettivamente consapevole delle azioni che svolge, ma è come se fosse inconsapevole di questa consapevolezza.
- Distorsione del senso del tempo: la percezione del tempo è alterata, non ci si rende conto del suo scorrere.

- Feedback diretto e inequivocabile: l'effetto dell'azione deve essere percepibile dal soggetto immediatamente e in modo chiaro.
- Bilanciamento tra sfida e capacità: l'attività non è né troppo facile né troppo difficile per il soggetto, perciò non subentrano noia o ansia.
- Senso di controllo: il soggetto ha la percezione di avere tutto sotto controllo e di poter dominare la situazione.
- Piacere intrinseco: l'attività fornisce un piacere intrinseco, fine a sé stesso (esperienza autotelica).
- Integrazione tra azione e consapevolezza: la concentrazione e l'impegno sono massimi. Il soggetto è talmente assorto nell'azione da far sembrare l'azione naturale.

Il costrutto del flow si basa su un equilibrio delicato in cui le sfide presentate e le competenze individuali sono bilanciate, se questo venisse interrotto l'individuo potrebbe sperimentare ansia (sfida troppo difficile) o apatia e noia (competenze troppo elevate) (Alexiou et al., 2012).

I videogiochi hanno la capacità di facilitare l'entrata nello stato di flow dato il loro noto coinvolgimento. Spesso, infatti, i giocatori si immergono così profondamente nel gioco da perdere completamente la percezione del tempo e dello spazio circostante, venendo trasportati in una dimensione sicura che offre benessere psicologico, motivazione intrinseca, voglia di sperimentare e curiosità. L'esperienza videoludica diventa quindi assai gratificante e appagante rendendo fluidi i confini tra lo spazio dell'azione, dell'intenzione e del tempo. Il risultato è una profonda concentrazione in cui la paura di fallire viene soppiantata dalla gioia e dal piacere di giocare (McGonigal, 2011).

All'interno dell'ambiente di gioco, livelli regolabili di difficoltà o "sistemi di livellamento"<sup>6</sup>, sono generalmente implementati per permettere il mantenimento dell'equilibrio tra sfide e competenze che porta allo stato di flow. Esistono principalmente due modi per regolare la difficoltà di gioco: il giocatore stesso sceglie il proprio livello di abilità (es. principiante, mediocre, esperto) oppure il gioco tiene traccia delle prestazioni e dei modelli di scelta del

---

<sup>6</sup> Il salire di livello è un concetto presente nei videogiochi, in cui un personaggio sperimenta una sorta di progressione che di solito comporta lo sblocco di nuove abilità, competenze, accesso a nuovi oggetti e aree del gioco. Viene anche utilizzato come punto di riferimento per l'avanzamento all'interno del gioco.

giocatore e adatta il livello di difficoltà di conseguenza. Ciò nonostante, la semplice presenza di un livello di difficoltà regolabile non è sufficiente a garantire un alto livello di coinvolgimento e flow, esistono molti casi in cui i videogiochi non riescono a conferire il necessario senso di crescita del personaggio in relazione alla difficoltà che è inerente allo stato di flow (Alexiou et al., 2012). Un videogioco che riesce a bilanciare sfide e competenze è il famoso sparattutto-tattico multiplayer *Counter-Strike: Global Offensive*, che utilizza un sistema di classificazione (parzialmente nascosto al giocatore) basato sul numero di vittorie e sconfitte, per il quale più il giocatore è abile più incontrerà avversari forti, portando a un coinvolgimento sempre più intenso.

L'esperienza di flow può essere raggiunta in svariate tipologie di videogiochi, sia in un semplice arcade, bilanciando le richieste del gioco con la memoria di lavoro e i tempi di reazione del giocatore, sia in giochi narrativi, dove il giocatore controlla la direzione della storia e dei dialoghi immergendosi gradualmente nella trama e identificandosi con i personaggi. Nel secondo caso il flow viene raggiunto in modo più graduale, ma profondo (Bocci et al., 2023).

Mentre si trovano in uno stato di flow i giocatori possono dissociarsi in sicurezza pur gestendo la dimensione dell'autocontrollo grazie a obiettivi chiari e feedback precisi forniti dal videogioco. Un'esperienza coinvolgente e trasformativa di questo tipo rende il giocatore meno difensivo e più aperto all'autoregolazione (Bocci et al., 2023).

Come accennato sopra, anche nei videogiochi ci sono situazioni in cui raggiungere uno stato di flow potrebbe essere difficile o impossibile. Questo accade quando il videogioco presenta sfide eccessive, portando a frustrazione o ansia, o al contrario quando il videogioco chiede troppo poco risultando noioso e poco stimolante e fornendo una compensazione negativa a un vuoto esistenziale (Alexiou et al., 2012).

In conclusione, il raggiungimento dello stato di flow dipende sia dalle sfide presentate dal videogioco sia dalle caratteristiche individuali del giocatore. Oltre a migliorare costantemente le proprie abilità, i giocatori devono anche essere in grado di gestire emozioni profonde senza perdere l'autocontrollo.

### ***1.2.2 Ascolto libero e libere associazioni***

In psicoanalisi l'associazione libera rappresenta una tecnica mediante la quale viene richiesto al paziente di esprimere spontaneamente tutte le idee e parole che affiorano nella sua mente, senza cercare di controllare coscientemente questo flusso di pensieri, in modo da poter accedere ai suoi processi inconsci.

La tecnica fu sviluppata da Sigmund Freud (1892-1895) come alternativa all'ipnosi, poiché riteneva che questa fosse più suscettibile a errori e che i pazienti potessero recuperare e comprendere ricordi cruciali anche mentre erano pienamente coscienti. Tuttavia, nonostante gli sforzi dei pazienti nel tentativo di ricordare, Freud notò che una certa resistenza impediva loro di accedere ai ricordi più dolorosi e significativi, giungendo alla conclusione che alcuni di questi elementi erano completamente repressi, isolati e relegati esclusivamente nell'inconscio della mente. La libera associazione implica la verbalizzazione di pensieri, emozioni e ricordi che emergono nella coscienza in modo naturale, senza censura, razionalizzazione o analisi intellettuale, agevolando il recupero, la rielaborazione e la presa di coscienza dei contenuti dell'inconscio precedentemente rimossi (Freud, 1895).

Negli anni sono state fornite diverse definizioni e sono stati elaborati diversi metodi per somministrare al meglio questa tecnica (es. test delle associazioni verbali di Jung, test di Rorschach, test di appercezione tematica TAT). Carl Jung sviluppò, nel 1909, il test delle associazioni verbali con lo stesso obiettivo di Freud, svelare l'inconscio. Il compito è molto semplice e consiste nel presentare al soggetto una lista di cento parole-stimolo singolarmente, chiedendogli di rispondere velocemente e automaticamente a ogni stimolo con la prima parola che gli viene in mente; dopodiché il terapeuta annota il termine evocato e valuta il tempo che intercorre tra la presentazione delle parole-stimolo e la risposta del paziente. Secondo l'autore (1909) questo metodo permette di riconoscere gli elementi con un forte contenuto emotivo per il soggetto poiché essi provocano un blocco delle associazioni e quindi un ritardo nelle risposte.

L'obiettivo di questa tecnica è di aiutare il paziente a comprendere in maniera più profonda i suoi pensieri e sentimenti in uno spazio protetto di apertura e accettazione privo di giudizi. La psicoanalisi, infatti, parte dall'assunto che le persone spesso si trovino in conflitto tra il

loro bisogno di conoscere sé stessi e le loro paure, conscie o inconscie, e le difese messe in atto per evitare il cambiamento e la conseguente vulnerabilità data dall'esposizione del sé.

Le libere associazioni non seguono un percorso lineare e pianificato, ma procedono attraverso salti e connessioni intuitive che possono portare a nuove intuizioni e significati personali, come riportato da Bollas (2008) la logica dell'associazione è una forma di pensiero inconscio. Se utilizzata secondo questa caratteristica, né il paziente né il terapeuta sapranno con precisione dove porterà la conversazione, ma tenderà molto frequentemente a far venire a galla del materiale di grande importanza per il paziente. Nonostante possa sembrare confusa e priva di collegamenti, con il tempo, significati e connessioni iniziano a emergere dalla matassa disordinata di pensieri, rivelando temi centrali per lo sviluppo della terapia (Berne, 1976). Il fine ultimo del costrutto non è tanto quello di far affiorare risposte o ricordi specifici, ma piuttosto di avviare un percorso di scoperta condivisa che favorisce l'integrazione del pensiero, dei sentimenti, dell'azione e del sé del paziente.

La tecnica delle libere associazioni nel processo di Video Game Therapy® viene principalmente utilizzata nelle fasi di Insight, durante la sessione di gioco, e di Reorientation (Bocci et al., 2023). Mentre il paziente gioca, ed è immerso in uno stato di flow, il terapeuta chiede di esprimere liberamente tutto ciò che gli viene in mente, pensieri, emozioni, immagini, parole e ricordi, senza dare un'interpretazione di essi; successivamente viene chiesto di raccontare specificatamente tutte le situazioni di vita reale che vengono in mente durante il gameplay. Questo viene fatto per comprendere al meglio i processi mentali del paziente in generale e in riferimento all'esperienza videoludica e per avere un quadro generale del suo vissuto.

Conclusa la sessione di gioco e passati alla fase di reorientation viene somministrata una tecnica di libere associazioni tramite l'utilizzo di un mazzo di carte chiamato "Intùiti", prodotto dall'editore *Sefirot* (Di Pascale, 2018). Gli obiettivi di questa tecnica sono: creare delle connessioni e correlazioni tra ciò che, a livello di identificazione proiettiva, si è vissuto durante la sessione di gioco ed elementi reali nella vita del paziente; far emergere dinamiche inconscie, schemi cognitivi e difese inconscie proprie del paziente. Sono previste quattro fasi (Di Pascale, 2018):

- Vengono disposte tutte le carte del mazzo su un ripiano e si chiede al giocatore di scegliere tre carte con la domanda “Quali di queste carte richiama maggiormente la scena di gioco che hai appena concluso? Scegline 3 tra tutte”.
- Viene chiesto al giocatore di motivare la propria scelta con la formula “Motiva la tua scelta e cerca di fare delle correlazioni tra le carte e l’esperienza di gioco appena conclusa”.
- Si approfondisce la correlazione tra sessione di gioco ed elementi di vita chiedendo “Le carte che hai scelto richiamano situazioni, scene o ricordi di vita reale che ti vengono adesso in mente?” oppure “Nelle scene individuate sono presenti persone specifiche, quali?”.
- Vengono stilate delle ipotesi insieme al giocatore, in base a quanto da lui riferito, riguardo il suo stile di vita e i suoi schemi di pensiero, con l’obiettivo di raggiungere una maggiore consapevolezza rispetto al Sé.

### ***1.2.3 Terapia Narrativa e Storytelling***

La terapia narrativa è un approccio collaborativo sviluppato da Michael White e David Epston tra il 1970 e il 1980 che cerca di aiutare i pazienti a identificare i propri valori e le competenze ad essi associate. Questo tipo di terapia mira a sconnettere l’individuo dai suoi comportamenti problematici o distruttivi, portando all’esternalizzazione piuttosto che all’internalizzazione di essi. Presume che ognuno possieda un ricco insieme di abilità, valori, impegni, convinzioni e competenze che possono aiutare a cambiare il rapporto con i problemi che influenzano la vita.

White ed Epston (1990) hanno basato il loro modello su tre concezioni principali, le quali costituiscono la base della relazione terapeutica e delineano la funzione dell’approccio terapeutico:

- La terapia rispetta il libero arbitrio e la dignità di ogni paziente, trattandoli come individui che non sono affetti da carenze, difetti o considerati “non abbastanza”;
- La terapia non è colpevolizzante, i problemi che emergono nella vita di ciascuno sono il risultato di una molteplicità di fattori e per questo motivo i pazienti non vengono incolpati dei loro problemi e sono incoraggiati a non incolpare anche gli altri;

- Il terapeuta non assume una posizione sociale o accademica superiore al paziente, ma resta consapevole del fatto che quest'ultimo è l'esperto della sua vita, promuovendo questa comprensione da entrambe le parti.

Le storie in un contesto di terapia narrativa sono costituite da eventi, collegati da un tema comune, che si svolgono nel tempo e secondo una trama definita. La creazione di una storia implica la selezione e la messa in rilievo di alcuni eventi rispetto ad altri, attribuendo loro un significato prioritario o veritiero (White ed Epston, 1990). Nel corso del tempo la storia continua a evolversi incoraggiando il narratore (paziente) a concentrarsi su alcune informazioni mentre altre vengono trascurate. Le narrazioni descrivono e modellano le prospettive delle persone sulla loro vita, la loro storia vissuta e il loro futuro. Molto spesso, quando una persona arriva in terapia, le storie che crea per sé stessa e la sua vita sono completamente dominate da problemi e vengono definite storie "sature di problemi", le quali possono trasformarsi in "storie di identità". Queste storie possono avere un potente impatto negativo sulla percezione che la persona ha della propria vita e delle proprie capacità, spingendola a credere di essere senza speranze (White ed Epston, 1990).

Il terapeuta che adotta questo approccio narrativo lavora fianco a fianco con i pazienti per contrastare gli effetti e le influenze negative delle storie problematiche e dei sentimenti di deficit che queste producono. Nelle conversazioni terapeutiche ciò implica l'ascolto e la ricerca di indizi su conoscenze e abilità che contrastano con la storia satura di problemi. Spesso questa indagine porta alla scoperta di tracce di narrazioni nascoste o sottovalutate relative alle intenzioni, speranze, impegni, valori, desideri e sogni dei pazienti, le quali possono essere approfondite e descritte in modo più dettagliato e ricco tramite curiosità ed esplorazione. Pertanto, all'interno di una struttura narrativa, le vite e le identità delle persone sono percepite come stratificate e complesse, anziché ridotte a un unico piano (White ed Epston, 1990).

L'attenzione non è rivolta agli esperti esterni che risolvono i problemi, ma dipende dal lavoro fatto dai pazienti nel rivelare, attraverso le conversazioni, le possibilità di speranza, le preferenze e gli aspetti precedentemente non riconosciuti o nascosti, presenti in loro stessi e nelle trame invisibili delle loro storie di vita. La terapia narrativa è quindi incentrata su un

intenso impegno nel riraccontare la narrativa di un paziente riconsiderando, rivalutando e riscrivendo il suo modo di vivere e le sue visioni del mondo White ed Epston, 1990).

All'interno della Video Game Therapy® questa tecnica viene utilizzata nella fase di reorientation al termine di una sessione di gioco e, grazie alla costruzione di una storia, permette al paziente di riflettere sulla propria vita, creando un collegamento tra ciò che ha vissuto nel gioco e ciò che sta vivendo in quel particolare periodo al di fuori del setting terapeutico (Fontana, 2017).

#### ***1.2.4 Questionari e scale per la valutazione***

Passiamo infine all'elenco e descrizione dei principali strumenti utilizzati durante la Video Game Therapy® allo scopo di valutare la situazione attuale e pregressa, lo stato psicofisico e l'andamento del paziente durante determinate fasi del processo terapeutico. Andando in ordine di somministrazione troviamo: intervista semi-strutturata; *Myers Briggs Type Indicator* (MBTI) (Myers, 1962); *Symptom Checklist-90* (SCL-90) (Derogatis, 1986); *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) (Taylor et al., 1992); *Emotional Intelligence Scale* (EIS) (Schutte et al., 1998); *Metacognitions Questionnaire* (MCQ-30) (Quattropani et al., 2015); *Inferiority Complex Scale* (COMPIN) (Čekrljija et al., 2017); questionario col *gamer*; *Flow State Scale* (FSS) (Jackson e Marsh, 1996).

La maggior parte degli strumenti vengono proposti durante la fase di Assessment, specificatamente nel momento dell'anamnesi, ossia la raccolta e analisi della storia clinica del paziente, che ha l'obiettivo di arricchire il quadro delle informazioni utili a una diagnosi corretta. All'interno di questa fase vengono somministrati i seguenti strumenti:

- Intervista semi-strutturata: questa intervista composta da ventiquattro item, sviluppata specificatamente per la Video Game Therapy®, permette al terapeuta di avere un quadro generale sulla situazione presente e passata del paziente. Le domande investigano svariati ambiti. Si parte chiedendo le motivazioni per le quali il paziente è arrivato in terapia, quali sono i sintomi, quando sono comparsi, se sono cambiati col passare del tempo, l'attuale terapia farmacologica e se ci sono state terapie precedenti. Si passa poi a domande riguardanti le relazioni con la famiglia, gli amici,

la scuola, come gestisce il disagio presente e, infine, vengono chiesti gli obiettivi terapeutici e come reagirebbe se la terapia avesse successo.

- Myers Briggs Type Indicator (MBTI) (Myers, 1962): l'MBTI è un inventario di autovalutazione, composto da novantaquattro item, progettato per identificare il tipo di personalità, i punti di forza e le preferenze del paziente. In base alle risposte alle domande dell'inventario, le persone vengono identificate come aventi uno dei 16 tipi di personalità. L'obiettivo dell'MBTI è consentire agli intervistati di esplorare e comprendere ulteriormente la propria personalità, comprese le simpatie, le antipatie, i punti di forza, le debolezze, le possibili preferenze di carriera e la compatibilità con altre persone. Lo strumento viene utilizzato all'inizio della terapia per associare il paziente al videogioco adatto.
- Symptom Checklist-90 (SCL-90) (Derogatis, 1986): l'SCL-90 è un questionario di autovalutazione, come suggerisce il nome composto da novanta item, costruito allo scopo di fornire una misura standardizzata dello stato psicologico e psicopatologico attuale del paziente. Sono indagate dieci dimensioni principali che comprendono somatizzazione, dimensione ossessivo-compulsiva, sensibilità interpersonale, depressione, ansia, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide, psicoticismo e disturbi del sonno. Questo test non è sostitutivo di una visita psichiatrica, ma aiuta il terapeuta a capire meglio i problemi del paziente così da poter fare una diagnosi e definire un percorso più corretto.
- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Taylor et al., 1992): la TAS-20 è una scala autosomministrata basata su una scala Likert a cinque punti composta da venti item che misura il livello di alessitimia. L'alessitimia, o analfabetismo emotivo, è un costrutto psicologico che descrive una condizione di ridotta consapevolezza emotiva, ovvero l'incapacità sia di riconoscere sia di descrivere verbalmente i propri stati emotivi e quelli degli altri. Nella valutazione dei dati, oltre a informazioni relative alla somma totale dei singoli punteggi di ogni item, è possibile calcolare i punteggi che si richiamano agli item delle tre dimensioni che definiscono il costrutto dell'alessitimia, ossia difficoltà nell'identificare i sentimenti, difficoltà nel comunicare i sentimenti e pensiero orientato all'esterno (pensiero operatorio).

- Emotional Intelligence Scale (EIS) (Schutte et al., 1998): l'EIS è una scala formata da trentatré item utilizzata per misurare l'intelligenza emotiva generale. Questa viene descritta come la capacità di un individuo di riconoscere, discriminare, etichettare nel modo corretto e gestire le proprie emozioni e quelle altrui allo scopo di raggiungere determinati obiettivi. La scala è composta da quattro sottoscale che misurano la percezione delle emozioni, l'utilizzo delle emozioni, la gestione delle emozioni rilevanti per sé e la gestione delle emozioni degli altri.
- Metacognitions Questionnaire (MCQ-30) (Quattropani et al., 2015): l'MCQ-30 è una versione abbreviata, di trenta item, del MCQ originale (Cartwright-Hatton e Wells, 1997). Il questionario riguarda le credenze che le persone hanno circa i loro pensieri e valuta le differenze individuali in cinque fattori importanti nel modello metacognitivo dei disturbi psicologici. Le cinque sottoscale presenti nel questionario sono fiducia cognitiva, credenze positive riguardo l'ansia, autoconsapevolezza cognitiva, credenze negative riguardo l'incapacità di controllare i pensieri e il pericolo, e credenze riguardo la necessità di controllare i pensieri.
- Inferiority Complex Scale (COMPIN-40) (Čekrljija et al., 2017): la COMPIN-40 valuta i sentimenti generali di inferiorità della persona concettualizzati nella teoria della personalità di Adler. La scala è composta da quaranta item che descrivono il sentimento permanente di inferiorità, passività, regressione, mancanza di coraggio, reazione fatalistica e senso individuale di mancanza di felicità.

Nel protocollo gli strumenti vengono presentati anche a metà e fine percorso in modo da ottenere una valutazione completa nel tempo, che permette di verificare se il processo sta portando a dei risultati concreti nel miglioramento del paziente.

Infine, gli ultimi due strumenti vengono somministrati al paziente rispettivamente durante la sessione di gioco e al termine di essa, in tutte le sedute di terapia:

- Questionario col *gamer*: mentre il paziente è alle prese con il videogioco gli viene somministrato un questionario elaborato appositamente per la Video Game Therapy®. Lo scopo di questo questionario, diviso in cinque parti, è quello di poter ricreare un rapporto dialogico con il paziente, provando ad entrare nel suo mondo interiore di videogiocatore, creando una conversazione che possa successivamente

portare a una maggiore consapevolezza e a sviluppi nelle relazioni tra coloro che sono immersi nel mondo del videogioco e coloro che ne sono al di fuori. La prima parte si concentra sulla descrizione del videogioco, dei personaggi e degli obiettivi, chiedendo infine cosa si è appreso durante il gioco. La seconda parte riguarda la relazione tra il videogioco e i pensieri e ricordi che questo fa emergere. La terza parte si concentra sulle emozioni elicitate dal videogioco e tutti i suoi elementi. Nella quarta parte si chiede al paziente di fare una correlazione tra il videogioco, il suo modo di comportarsi e la sua vita. La quinta e ultima parte stimola la creatività del paziente ponendo domande più astratte relative al videogioco e la sua connessione con la realtà.

- Flow State Scale (FSS) (Jackson e Marsh, 1996): la FSS identifica nove sottoscale che corrispondono alle nove dimensioni fondamentali del flow, come descritte da Csíkszentmihályi e Rathunde (1993). Si tratta di uno strumento self-report di trentasei item volto ad indagare la percezione dell'esperienza di flow, considerata nella sua componente situazionale. Questa, infatti, viene somministrata al paziente subito dopo la sessione di gioco. La richiesta è di rievocare la situazione specifica di prestazione ottimale, caratterizzata da un totale assorbimento nell'attività praticata e da un sentimento di profonda soddisfazione.

### **1.3 Struttura e fasi del processo terapeutico**

Come precedentemente delineato, la Video Game Therapy® pone i videogiochi e l'esperienza videoludica al centro della terapia. Questo approccio si concentra principalmente su due aspetti fondamentali dell'esperienza di gioco: il “flow” (Csíkszentmihályi, 1970) e il setting relazionale. Il concetto di flow è intrinsecamente legato all'atto di videogiocare e rappresenta la sensazione di totale coinvolgimento nell'attività ludica (Bocci et al., 2023). D'altro canto, il setting relazionale (come menzionato sopra) riguarda il contesto terapeutico e si riferisce alla costruzione di una solida alleanza terapeutica tra il paziente e il terapeuta.

Il raggiungimento del flow durante la sessione di gioco non solo stimola la memoria lavorativa, spaziale e visiva del giocatore, ma permette al soggetto di arrivare a uno stato di

equilibrio tale da bilanciare le abilità con le sfide presenti all'interno del videogioco, contribuendo all'immersione completa nel mondo virtuale. Parallelamente, il setting relazionale favorisce una connessione profonda tra paziente e terapeuta che agevola la creazione di dinamiche di flow durante la sessione (Bocci et al., 2023).

La combinazione sinergica di questi due concetti consente al giocatore di sperimentare una esperienza videoludica molto fruttuosa, accompagnata da un terapeuta che fornisce supporto e guida durante il percorso di gioco. In questa prospettiva, la Video Game Therapy® non è semplicemente un processo isolato, ma rappresenta un approccio terapeutico complesso che integra efficacemente tecniche e strumenti psicologici all'interno di un programma di supporto e terapia dedicato (Bocci et al., 2023).

Oltre alla Geek Therapy e alle teorie di Moreno, la Video Game Therapy® è stata concettualizzata anche alla luce della prospettiva terapeutica Adleriana. Questo tipo di terapia è stata sviluppata dal medico austriaco Alfred Adler nel ventesimo secolo, dopo essersi allontanato dal modello psichiatrico di Freud, con lo scopo di promuovere la crescita umana, dando alla persona gli strumenti per superare i sentimenti di inferiorità e lavorare sul senso di appartenenza al fine di adottare una visione più sociale e positiva della natura umana. La terapia adleriana è un modello olistico, ossia integra diversi approcci, comprende componenti sociali, umanistiche, positive e di resilienza, evitando di patologizzare l'essere umano e cercando di risvegliare il suo potenziale indirizzandolo verso cambiamenti positivi che favoriscono la connessione sociale, la felicità e il benessere (Carlson e Englar-Carlson, 2017). La prospettiva terapeutica si articola in quattro fasi sequenziali (Carlson e Englar-Carlson, 2017). Inizialmente troviamo la fase di *engagement* (coinvolgimento e alleanza terapeutica), che mira principalmente a instaurare una solida alleanza e fiducia tra il terapeuta e il paziente. Questa è una delle fasi fondamentali in quanto senza alleanza non possono esserci progressi o conquiste; è assolutamente necessario mantenere una relazione positiva con il paziente tramite empatia e reciproca collaborazione. Successivamente, nella fase di *assessment* (valutazione), il terapeuta invita l'individuo in terapia a condividere la propria storia personale, familiare e altri aspetti significativi della sua vita, inclusi i modelli generali dello stile di vita. È necessario che lo psicologo analizzi la storia e lo stile di vita del suo paziente in modo da conoscere i suoi vissuti e le dinamiche comportamentali che possono essere

messe in atto in varie situazioni. La terza fase, denominata *insight* (conoscenza), vede il terapeuta affiancare il paziente nel processo di generare nuove prospettive di pensiero rispetto alla sua condizione attuale. Qui il terapeuta potrebbe offrire un'interpretazione degli eventi e suggerire la presenza di determinati stili di pensiero non adatti; sebbene il terapeuta possa fare osservazioni, è essenziale che il paziente acquisisca un senso di prospettiva personale delle proprie visioni e comportamenti. Infine, nell'ultima fase, chiamata *reorientation* (riorientamento e riformulazione), il terapeuta assiste il paziente nell'attuazione di azioni pratiche e gratificanti che contribuiscono a rafforzare o agevolare la scoperta di nuove intuizioni e modi di pensare. Il cambiamento, infatti, arriva quando gli esseri umani variano i loro comportamenti e assumono approcci mentali nuovi, più redditizi, resilienti e positivi (Carlson et al., 2006).

L'approccio della Video Game Therapy® può essere personalizzato sia per le sedute individuali che per gruppi di piccole dimensioni, composti da due o tre partecipanti (un giocatore e un caregiver o due giocatori e un caregiver). Ogni sessione ha una durata dai 30 ai 50 minuti, durante la quale si può giocare sia in solitaria che in modalità cooperativa. All'interno di ciascuna seduta, è favorito il dialogo interattivo tra i partecipanti al fine di riflettere sull'esperienza e favorire una migliore lettura metacognitiva dell'attività. Nel corso del primo incontro, saranno individuate le emozioni fondamentali correlate a specifici pensieri e aspetti del modo di vivere, su cui si baseranno le sessioni di gioco successive per il prosieguo del trattamento. Queste saranno organizzate ad hoc per ciascun paziente, selezionando specifici videogiochi in base al percorso terapeutico concordato con il partecipante e le funzioni da potenziare. Alla fine di ogni sessione è prevista un'attività analogica volta a elaborare contenuti i contenuti emersi dall'esperienza di gioco. Queste attività possono includere scrittura espressiva, disegno libero o momenti di espressione corporea.

### ***1.3.1 Assessment e scelta del videogioco***

Dopo aver instaurato una buona alleanza terapeutica con il cliente, fondamentale per l'efficace riuscita di tutto il percorso terapeutico, il terapeuta deve concentrarsi sulla valutazione dello stato psicofisico attuale del paziente. La prima tappa comprende una

sessione di *briefing*, durante la quale si prepara il giocatore per la successiva attività di gioco e si individuano gli obiettivi da perseguire. In sostanza questa fase comporta una conversazione mirata a dare significato all'esperienza di gioco, esaminando le motivazioni del giocatore a intraprendere il percorso terapeutico. Gli obiettivi sono legati agli aspetti dello stile di vita, alle mete simulate all'interno del gioco e alle esperienze emotive vissute, sui quali concentrarsi durante l'attività videoludica.

Durante questa fase è di cruciale importanza anche identificare le caratteristiche della personalità del paziente. L'analisi della personalità è essenziale per aiutare il terapeuta a selezionare il videogioco più adatto all'individuo. L'indagine sulla personalità viene condotta utilizzando il Myers Briggs Type Indicator (MBTI) (Myers, 1962). Lo strumento individua una serie di caratteristiche psicologiche identificate attraverso appositi questionari psicometrici e nasce con l'idea di comprendere e schematizzare il modo in cui una persona si rapporta nei confronti del mondo e della vita in generale. L'indicatore fornisce una di sedici personalità, ricavate da quattro diverse dicotomie che possono presentarsi ognuna in due modi alternativi (Estroversione-Introversione; Sensitività-Intuizione; Ragionamento-Sentimento; Giudizio-Percezione).

In letteratura sono stati impiegati anche altri tipi di strumenti per individuare il profilo del giocatore, come il Big Five Inventory (BFI) (Bean, 2015) che distingue quattro tratti di personalità all'interno del continuum introversione/estroversione, o le tipologie di giocatori di Bartle (1996), il quale distingue quattro tipologie di giocatori all'interno della categoria MUD (Multi User Dungeon) di videogiochi. Tuttavia, la definizione delle quattro dimensioni dell'MBTI come componenti dicotomiche che descrivono il modo in cui il giocatore si comporta nei confronti del mondo reale semplifica l'associazione tra il proprio stile di gioco e il tipo di videogioco che meglio si adatta a quel tipo di personalità. In aggiunta, il MBTI può essere correlato a una più ampia gamma di generi videoludici rispetto a quelli indicati dalle tipologie di giocatori di Bartle (Bocci et al. 2023), poiché quest'ultima classificazione si basa principalmente su giochi multiplayer online (Bartle, 1996).

Associare un particolare videogioco a uno specifico tipo di personalità può essere utile nell'aumentare il coinvolgimento emotivo e intellettuale del giocatore, facilitando il raggiungimento dello stato di flow e promuovendo esperienze di immersione, trasporto e

trasformazione durante il processo terapeutico. Ciò nonostante, la selezione del gioco adatto non è influenzata solamente dalla tipologia di personalità, diversi altri fattori altrettanto importanti entrano in gioco durante questa fase decisiva, tra cui la diagnosi del paziente, la sua situazione di vita attuale, gli obiettivi terapeutici e i fattori di rischio da evitare a seconda del tipo di persona (Bocci et al., 2023). I fattori di rischio riguardano i videogiochi sia dal punto di vista del gameplay<sup>7</sup>, ad esempio si potrebbero evitare videogiochi che possono indurre ansia (Horror o giochi a tempo), sia dal punto di vista delle trame narrative che richiedono l’auto-esplorazione, a meno che questa non sia direttamente rilevante per l’obiettivo terapeutico (Bocci et al., 2023).

Recentemente sono stati creati una serie di moduli di descrizione dei videogiochi commerciali più frequentemente utilizzati per aiutare i terapeuti nella selezione del videogioco più adatto alla situazione del paziente, mettendo in luce vari aspetti che correlano il tipo di gioco con lo specifico paziente (Bocci et al., 2023). I moduli classificano i videogiochi in base a diversi criteri, tra cui il sistema di classificazione PEGI relativo all’età minima requisita e al contenuto, la descrizione del gioco, il genere, la tipologia MBTI, la descrizione psicologica e l’area di intervento terapeutico.

La tabella 1 presenta una breve lista di videogiochi commerciali associati con la personalità MBTI del paziente.

**Tabella 1.** Videogiochi e tipi di personalità.

<b>Tipologie di personalità</b>		<b>Videogiochi</b>	
<b>Analisti</b>	Architetto – INTJ	Pensatori fantasiosi e strategici, con un piano per tutto	<i>Tetris; Monument Valley 2; Thomas Was Alone; Inscryption</i>
	Logico – INTP	Inventori innovativi con una sete inestinguibile di conoscenza	<i>Dorfromantik; Don't Starve Together; Security Booth: Director's Cut; Green Heel</i>
	Comandante – ENTJ	Leader coraggiosi, fantasiosi e determinati che trovano sempre un modo, o ne creano uno	<i>Valiant Hearts: The Great War; 35MM; Saturnalia; This War Of Mine</i>

<sup>7</sup> Il termine è un neologismo inglese che letteralmente significa “giocare il gioco”, in italiano viene reso generalmente con “esperienza di gioco”; indica una caratteristica dei videogiochi: l’esperienza dell’interazione del giocatore con il gioco

	Argomentatore – ENTP	Pensatori intelligenti e curiosi che non possono resistere a una sfida intellettuale	<i>The Last Campfire; Syberia: The World Before; How Fish Is Made; Mothered</i>
<b>Diplomatici</b>	Sostenitore – INFJ	Idealisti tranquilli e mistici, ma molto stimolanti e instancabili	<i>Tiny Lands; House Flipper; Townscaper; Death Stranding</i>
	Mediatore – INFP	Persone poetiche, gentili e altruiste, sempre pronte ad aiutare per una buona causa	<i>Night In The Woods; Coffee Talk; Life Is Strange; Detroit: Become Human</i>
	Protagonista – ENFJ	Leader carismatici e stimolanti capaci di ipnotizzare i loro ascoltatori	<i>Overcooked: All You Can Eat; Among Us; Cult Of The Lamb; The Walking Dead: The Talltale Series</i>
	Attivista – ENFP	Spiriti liberi, entusiasti, creativi e socievoli	<i>Feather; Penguins Can Fly; Minecraft; My Summer Car</i>
<b>Sentinelle</b>	Logista – ISTJ	Individui pratici e focalizzati sui fatti, la cui affidabilità non può essere messa in dubbio	<i>We Were Here Together; Pentiment; For Goodness Sake; She Sees Red: Interactive Thriller</i>
	Difensore – ISFJ	Protettori molto scrupolosi e affettuosi, sempre pronti a difendere i loro cari	<i>ICO; Stray; It Takes Two; Little Misfortune</i>
	Esecutivo – ESTJ	Amministratori eccellenti, insuperabili nel gestire le cose o le persone	<i>Oxygen Not Included; Yes, Your Grace; Papers, Please; Not For Broadcast</i>
	Console – ESFJ	Persone straordinariamente premurose, socievoli e benvolute, sempre pronte ad aiutare	<i>Animal Crossing: New Horizons; Hokko Life; The Last Guardian; A Normal Lost Phone</i>
<b>Esploratori</b>	Virtuoso – ISTP	Sperimentatori coraggiosi e pratici, padroneggiano tutti i tipi di strumenti	<i>Freud's Bones; Road96; Fear To Fathom: Home Alone; Scorn</i>
	Avventuriero – ISFP	Artisti flessibili e affascinanti, sempre pronti a esplorare e sperimentare qualcosa di nuovo	<i>Tunic; Little Orpheus; Epystory—Typing Chronicles; The Pathless</i>
	Imprenditore – ESTP	Persone intelligenti, energiche e molto perspicaci che amano vivere al limite	<i>Horizon Chase 2; Getting Over It With Bennett Foddy; Cuphead; The Binding Of Isaac</i>
	Intrattenitore – ESFP	Animatori spontanei, energici ed entusiasti; la vita non è mai noiosa vicino a loro	<i>Untitled Goose Game; Crypt Of The Necromancer; Find The Murderer 2; Dude Simulator 3</i>

### ***1.3.2 Sessione di gioco e funzioni principali della Video Game Therapy®***

Avendo svolto un'accurata analisi della situazione attuale del paziente si può procedere alla successiva fase del percorso, il gioco effettivo. Durante la sessione il giocatore mette in atto le proprie abilità e competenze nel contesto virtuale del videogioco, seguendo lo stile di gioco soggettivo che gli sembra più consono. A seconda del titolo selezionato e degli obiettivi terapeutici stabiliti, questa fase di gioco può avvenire in modalità *single-player* (il paziente gioca in modo indipendente, da solo) o in modalità *multi-player* (il paziente gioca insieme a un altro partecipante o caregiver). La durata di questa fase di gioco varia in base alle impostazioni della sessione o alla durata della fase di *briefing* precedente e solitamente è compresa tra un minimo di 20 minuti e un massimo di 50 minuti.

Mentre il paziente gioca, il terapeuta ha la possibilità di studiare accuratamente il comportamento, sia verbale che non verbale, analizzare lo stile di gioco, le scelte e le reazioni a determinati input che il gioco propone, osservandolo attentamente all'interno del mondo virtuale e del mondo reale. Quando il paziente è immerso nell'attività di gioco, sia esso *single-player* o *multi-player*, ha la possibilità di mantenere un dialogo verbale continuo con il caregiver (o l'altro partecipante nel caso di sessioni di gruppo), e la qualità e il contenuto di questo scambio dialogico vengono successivamente ripresi e analizzati dal terapeuta. In conclusione, si prevede una fase di *de-briefing* all'interno della quale vengono esaminati e compresi i significati emersi durante la sessione di gioco. Viene restituito al partecipante ciò che è emerso a livello di emozioni e riflessioni, concentrandosi particolarmente sugli aspetti relazionali e sul tipo di interazione avvenuto tra giocatore e caregiver, enfatizzando gli aspetti utili allo sviluppo del percorso terapeutico.

La Video Game Therapy®, attraverso la sessione di gioco precedentemente descritta, può svolgere tre principali funzioni che si intrecciano ciclicamente (Bocci e Sala, 2019):

1. Funzione “contenitiva”: utilizzare videogiochi specifici detti “binari” o “arcade” (es. Tetris, Pac-Man) per creare un ambiente virtuale che mira a ricreare una funzione materna primordiale in grado di tutelare e contenere l'angoscia presente. L'obiettivo è quello di permettere al giocatore di raggiungere una sensazione di sicurezza, riducendo la “frammentazione” interna provata, affrontando l'impotenza, l'ansia dell'abbandono e i vissuti persecutori, ma all'interno di un setting virtuale stabile e

predefinito. Qui l'attenzione si concentra sulla corrispondenza diretta tra l'azione del giocatore (ad esempio premere un tasto sul gamepad) e l'azione nel videogioco, enfatizzando il "momento presente" e il "controllo" del videogioco che si sta utilizzando. Tutto ciò aiuta il giocatore a mantenere una posizione più lineare ed equilibrata, se pur solo virtualmente, contribuendo al suo autocontrollo e all'adattamento all'esperienza vissuta.

2. Funzione "compensatoria": il videogioco diventa un veicolo per esplorare e affrontare vuoti emotivi, diventando figurativamente un contenitore di emozioni. Il giocatore può identificarsi proiettivamente con il proprio avatar o quello degli altri all'interno del videogioco, cercando di colmare le lacune affettive che possiede. In questa funzione è importante distinguere se l'esperienza videoludica agisce come una forma di *eustress* (stress positivo) (Selye, 1976), favorendo il Sé creativo e migliorando la relazione con gli altri, o se diventa *distress* (stress negativo) (Selye, 1975), rappresentando solo un'evasione o escapismo dalla realtà. Questa funzione richiama soprattutto le mete finzionali legate alla competizione e al riscatto dell'individuo (Bocci e Sala, 2019).
3. Funzione "creativa": nella terza e ultima funzione il videogioco si trasforma in una sorta di "sand-box"<sup>8</sup> che consente al giocatore di co-costruire significati ed emozioni condivisi. Sfruttando il simbolismo presente nei mondi virtuali e nei personaggi, il giocatore può esplorare nuove interpretazioni e scoperte che gli permettono di mettersi in contatto con il Sé e l'Altro da Sé. La funzione incoraggia l'uso di libere associazioni come stimolo creativo e non interpretativo. Il processo decisionale e il problem-solving sono di fondamentale importanza, partendo dalla narrazione presente nel gioco e attribuendole nuovi significati. Risulta utile anche lo *Storytelling* o "costruzione di storie", che si situa tra la realtà e il virtuale, incoraggiando l'individuo a esplorare il Sé e la sua relazione con gli altri (Bocci e Sala, 2019).

---

<sup>8</sup> Il termine viene utilizzato in ambito videoludico per descrivere videogiochi che utilizzano livelli liberamente esplorabili e completabili in modi diversi, senza alcun vincolo.

### 1.3.3 *Insight*

L'insight è un concetto fondamentale nella psicologia Adleriana che si concentra sull'aiutare gli individui a ottenere una comprensione più profonda della loro situazione e del loro comportamento (Carlson et al., 2006). Nella fase di insight del percorso terapeutico, il terapeuta funge da guida per facilitare l'esplorazione e la riflessione del paziente. Il terapeuta svolge un ruolo cruciale nell'offrire interpretazioni e osservazioni per aiutare la persona ad acquisire nuove competenze e conoscenze, fornendo una prospettiva esterna che può facilitare a vedere modelli, connessioni e motivazioni sottostanti probabilmente trascurate. Tramite la sua indagine, il terapeuta fa luce sulle credenze e sui comportamenti dell'individuo, migliorando in definitiva la sua autoconsapevolezza. (Fassino et al., 2008) Tuttavia, è importante notare come lo scopo della terapia è far sì che i pazienti sviluppino la propria intuizione personale e sta a loro decidere se i suggerimenti proposti siano accurati e utili (Bocci et al., 2023). Questa visione personale consente al paziente di assumersi la responsabilità delle proprie azioni, analizzare le proprie motivazioni, obiettivi e scelte apportando le modifiche per lui necessarie. Acquisendo una visione approfondita della propria situazione può prendere decisioni più informate, sviluppare un maggior senso di *self-empowerment*, apportare cambiamenti positivi e migliorare il proprio benessere generale (Carlson et al., 2006).

Nella Video Game Therapy®, la fase di insight comporta un totale coinvolgimento nella storia e nell'avvincente gameplay di un videogioco. L'esperienza permette al paziente di esplorare le sue emozioni negative persistenti, come frustrazione, paura e tristezza, all'interno di un ambiente sicuro e protetto (Popescu et al., 2013). Effettivamente tutti i tipi di gioco, inclusi i videogiochi stessi, possono essere considerati come "mezzo-reali" poiché sono in grado di evocare emozioni e sentimenti reali all'interno di ambienti simulati (Juil, 2005). Il riconoscimento e la gestione delle emozioni sollecitate giocano un ruolo decisivo in questa fase del processo. Inizialmente il paziente allena la propria intelligenza emotiva cercando di identificare i propri stati interni ed emozioni (Salovey e Mayer, 1990). Il passaggio successivo consiste nell'accettazione delle emozioni negative e delle circostanze che le hanno scatenate. All'interno di questo processo il terapeuta fornisce supporto e guida nell'aiutare il paziente a gestire la propria energia emotiva.

È interessante notare come anche i videogiochi stessi possono rivelarsi strumenti preziosi per sostenere il paziente nella gestione emotiva, fornendogli una comprensione maggiore di come le emozioni provate influenzino il comportamento (Carissoli e Villani, 2019). Proprio come un caregiver si fa carico della disperazione emotiva del bambino e la sostituisce con qualcosa di confortante, i videogiochi rispondono a tali bisogni, reindirizzando il paziente verso nuove convinzioni e comportamenti funzionali. I videogiochi, dunque, agiscono come una tecnica compensativa, sfruttando le funzioni integre e riabilitando quelle deficitarie, incoraggiando i giocatori a sperimentare in sicurezza nuove strategie per la gestione delle emozioni, le quali possono poi essere applicate con successo in situazioni reali (Bocci et al., 2023).

Negli ultimi anni i videogiochi commerciali stanno acquisendo sempre più popolarità e questo dato è in parte connesso allo sforzo concertato che gli sviluppatori stanno facendo per realizzare giochi con storie e narrazioni a forte impatto emotivo, portando a una sorta di “adultizzazione” di questi. Come affermato da Benedetti (2010), videogiochi che “scrutano le profondità più oscure dell’animo umano per offrire storie elettrizzanti, agghiaccianti e assolutamente coinvolgenti”. Giochi di questo genere sono in grado di suscitare e controllare specifiche emozioni negative, incoraggiando i giocatori a riflettere su sé stessi e ad esplorare i loro sentimenti e vissuti emotivi più reconditi.

Degli esempi significativi di questa evoluzione dei videogiochi sono rappresentati dal livello “*No Russian*” del famoso sparattutto in prima persona *Call of Duty: Modern Warfare 2* (2009) e dal gioco *Spec Ops: The Line* (2012). Nel primo esempio il giocatore interpreta il ruolo di un terrorista che si trova ad affrontare un raid all’interno di un aeroporto, massacrando civili in un’operazione sotto falsa bandiera; questa scelta fu intrapresa dagli sviluppatori con l’obiettivo di indurre i giocatori a sperimentare emozioni e situazioni insolite, sfidando le loro abituali esperienze di gioco (Takahashi, 2011). Un tentativo simile mirato a trasformare i videogiochi in esperienze emotivamente coinvolgenti e moralmente stimolanti è evidente nel secondo esempio, un videogioco sparattutto<sup>9</sup> in terza persona che vede il giocatore confrontarsi con una serie di situazioni emotivamente impegnative, come l’uso di armi

---

<sup>9</sup> I videogiochi sparattutto sono un sottogenere di videogiochi d’azione in cui l’azione predominante è quella di sparare con diversi tipi di armi a distanza a nemici o oggetti presenti nel gioco.

chimiche contro un nemico intrappolato in un'enclave; anche in questo caso la scelta degli sviluppatori è ben studiata e volta a contestualizzare la violenza, normalmente accettata nei giochi, in un ambito più etico e umano (Williams, 2013).

Nonostante ciò, la letteratura ha dimostrato che i benefici nella gestione emotiva non si limitano solo ai videogiochi con tematiche pesanti e “per adulti”. Diversi giochi, dai classici come *Mario Kart* fino a *Doom*, sono stati reputati di essere in grado di contribuire alla gestione dello stress, al supporto delle abilità di coping adattivo, al benessere eudemonico e alle capacità di socializzazione (Carras et al., 2018). Un esempio di questa influenza positiva si è manifestato in uno studio che ha esaminato gli effetti di un gioco puzzle, chiamato *Sushi Cat 2*, sugli stati emotivi dei giocatori (Rupp et al., 2017). Dopo una sessione di gioco i partecipanti hanno mostrato uno stato emotivo più positivo e un livello di stress inferiore rispetto a un gruppo di controllo di giovani che aveva partecipato a una sessione di mindfulness della durata di sei minuti. Un ulteriore studio ha esaminato una sessione di gioco di venti minuti del videogioco casual *Flower*, la quale ha portato a una significativa riduzione dello stress percepito nei giocatori (Desai et al., 2021). In questo caso però, i risultati raggiunti non sono stati tanto soddisfacenti come quelli ottenuti dopo una sessione di mindfulness altrettanto lunga.

La fase di insight comprende una serie di tematiche ricorrenti e importanti da trattare per il bene del processo terapeutico: sentimenti di inferiorità, catarsi, desensibilizzazione ed esposizione agli stimoli (Bocci et al., 2023). Le sensazioni di inferiorità possono essere presenti nella storia di un paziente e affiorare durante una sessione di gioco, tali momenti devono essere affrontati cercando di integrare emozioni compensative attraverso il gameplay del videogioco. Mentre il paziente gioca la consapevolezza del proprio senso di inferiorità può essere attenuata, poiché nel mondo virtuale esiste una connessione intrinseca tra il giocare e il fallimento. I videogiochi infatti offrono una prospettiva unica su come il fallimento possa essere reso più tollerabile attraverso il contesto ludico, spingendo i pazienti a esprimersi su queste esperienze in maniera diversa e più aperta rispetto alle situazioni della vita reale (Bocci et al. 2023).

Ciò che accade durante il gioco da origine al *Paradosso del Fallimento*: nonostante tendiamo a evitare a tutti i costi il fallimento non vediamo l'ora di giocare, anche se questa attività

spesso ci faccia vivere situazioni dalle quali vorremmo stare lontani (Juul, 2013). Questo succede perché il gioco stesso, se ben progettato, motiva il giocatore a “*provarci ancora e fallire, ma fallire meglio*” (Beckett, 1983). Un approccio di questo tipo incoraggia i giocatori a esplorare liberamente le varie possibilità di soluzione in un ambiente realistico, ma privo di rischi.

All'interno dei videogiochi il fallimento può essere descritto come “l'incapacità di progredire verso l'obiettivo”, ma esistono due macrotipi di fallimento: *out-of-loop* e *in-loop* (Aytemiz e Smith, 2020). I fallimenti *out-of-loop* rappresentano errori involontari e imprevedibili, si tratta di azioni per le quali i giocatori non riescono neanche ad anticipare il potenziale fallimento, il che si traduce in una sensazione di sorpresa, disorientamento e frustrazione (talvolta anche nel terapeuta) nel caso si verifichi (Costikyan, 2013). Pertanto, è essenziale minimizzare questo tipo di fallimento poiché può avere un impatto negativo sull'esperienza di gioco, compromettendo l'immersione (Bernhaupt, 2011).

D'altra parte, i fallimenti *in-loop* sono previsti dall'intento progettuale del gioco e dalle sue regole, non compromettendo il divertimento e il coinvolgimento del gameplay. Anzi, spesso questo tipo di fallimento costituisce l'elemento centrale che rende il gioco stimolante e interessante (Aytemiz e Smith, 2020). I fallimenti *in-loop* includono azioni con un alto grado di incertezza, che portano il giocatore a considerare e aspettarsi la possibilità di poter fallire, anche prima di agire (Costikyan, 2013). In relazione a questi fallimenti si sviluppa una frustrazione all'interno del gioco, da mantenere (ovviamente in quantità non spropositata per non rovinare l'esperienza complessiva) in quanto parte integrante della natura “tentativi ed errori” di quasi ogni videogioco. Questo “fallimento produttivo” facilita la comprensione del problema in questione e incoraggia il giocatore a cercare soluzioni (Kapur, 2008; Kapur e Bielaczyc, 2012).

In un tale contesto è fondamentale informare chiaramente il paziente del suo progresso, consentendogli di comprendere la differenza tra la sua prestazione attuale e l'obiettivo da raggiungere (Garris et al., 2002). Il fallimento e la conseguente frustrazione diventano strumenti attraverso i quali il paziente riesce a riflettere e reinterpretare le difficoltà che sta affrontando (Bocci et al., 2023). Occorre sottolineare il fatto che una sconfitta durante una partita non deve essere automaticamente considerata come una perdita totale (Harrer, 2013);

il fallimento può essere visto come un'opportunità per correggersi, rappresentando una via per la crescita individuale e un efficace strumento per affrontare le sfide in modo costruttivo, imparando dalle esperienze passate. Se tramite il videogioco si riesce a estendere il senso di controllo al di fuori dell'ambiente virtuale, un miglioramento del livello di confidenza del paziente può tradursi in un aumento dell'autostima e della motivazione nell'affrontare le sfide della vita (Ryan e Deci, 2000).

L'elaborazione dei sentimenti di inferiorità può essere affrontata anche attraverso la catarsi all'interno dei videogiochi (Bocci et al., 2023). Nell'accezione psicoanalitica il termine catarsi sta a indicare la liberazione o sfogo di emozioni che porta a una sensazione di rinnovamento e rivitalizzazione (Breuer e Freud 1895). Secondo la terapia psicoanalitica di Freud e Breuer (1895) il rilascio emotivo è legato alla necessità di affrontare conflitti inconsci ed è concettualmente simile alla sublimazione. In ambito psicologico la sublimazione è considerata come la liberazione di impulsi socialmente inaccettabili attraverso attività diverse e socialmente accettabili (Freud, 1930), come la pittura, la lettura o il giocare ai videogiochi. Non è un caso che molti videogiochi abbiano la violenza come elemento centrale del gameplay. La possibilità di compiere azioni immaginarie, che in situazioni reali avrebbero gravi conseguenze concrete senza correre rischi rappresenta un mezzo di sfogo per il giocatore, consentendogli sia di sublimare stati emotivi dannosi sia di liberarsene (Bocci et al., 2023).

Sebbene sia oggetto di discussione se la catarsi possa essere raggiunta attraverso videogiochi non violenti, molti di questi cercano di evocare risposte emotive senza ricorrere alla violenza, come ad esempio i giochi puzzle o che si concentrano principalmente su una trama coinvolgente. Va comunque sottolineato il fatto che questa è una questione delicata nell'ambito dello studio dei videogiochi. Ricerche hanno mostrato una correlazione negativa tra utilizzo di videogiochi violenti e crimini violenti commessi in situazioni di vita reale (Hojman, 2020); altri sostengono che i videogiochi violenti possono portare a una desensibilizzazione verso la violenza e avere quindi un impatto negativo sul comportamento dei giocatori (Lee et al., 2021). Di conseguenza, è fondamentale riconoscere che l'effetto dei videogiochi violenti sulle persone può variare notevolmente in base alle loro esperienze e ai loro stati emotivi. In definitiva, l'efficacia dei videogiochi come mezzo di catarsi dipenderà

dall'individuo stesso, dalle sue esigenze e dalle sue esperienze personali specifiche (Bocci et al., 2023).

Per quanto riguarda la desensibilizzazione<sup>10</sup>, la terapia cognitivo-comportamentale e la tecnica di esposizione sono tra le pratiche più diffuse per trattare disturbi d'ansia, traumi e fobie. La tecnica di esposizione, basata sul condizionamento classico (Watson, 1913), fonda le sue basi sul principio di assuefazione in cui i pazienti vengono esposti gradualmente, in modo ripetuto e prolungato a stimoli paurosi fino a quando l'ansia associata non diminuisce (Wolpe, 1958). L'esposizione graduale a stimoli spaventosi aiuta progressivamente il paziente a "familiarizzare" con essi, incrementando la sua percezione di sicurezza e la sua capacità di gestire emozioni negative.

Successivamente si passa alla rielaborazione delle informazioni, ovvero la revisione delle vecchie informazioni e l'integrazione di nuove informazioni alternative e più funzionali nella memoria del trauma (Frank et al., 1988; Schindler, 1980). Molti videogiochi commerciali recenti hanno rappresentato le psicodinamiche del legame, della separazione, del dolore e persino della perdita di una gravidanza, nel videogioco *Shelter* (Harrer, 2018). Decidere l'intensità della terapia espositiva può variare in base alle esigenze individuali del paziente. Il metodo più comunemente utilizzato all'interno di questo processo è la desensibilizzazione sistematica, elaborata da Joseph Wolpe (1958). Questa tecnica consiste nel mettere il paziente a confronto con una serie di situazioni ansiogene e nell'indurre immediatamente dopo una risposta incompatibile con la risposta d'ansia, ossia la risposta di rilassamento muscolare. Questa tecnica utilizza una gerarchia di situazioni ansiogene con le quali il paziente si confronta progressivamente, partendo da quelle che suscitano meno ansia e procedendo gradualmente verso stimoli sempre più avversi. Spesso l'esposizione è accompagnata da compiti specifici indicati dal terapeuta per incoraggiare il paziente a focalizzarsi su attività orientate al compito. La desensibilizzazione sistematica si basa sul principio dell'inibizione reciproca, il quale suggerisce che due emozioni opposte non possono coesistere (Wolpe, 1968).

---

<sup>10</sup> In psicologia, la desensibilizzazione è un trattamento o processo che diminuisce la reattività emotiva verso uno stimolo negativo, avverso o positivo tramite l'esposizione ripetuta allo stesso stimolo.

Dall'altro lato dello spettro, il “flooding” (esposizione non graduata) consiste nel sottoporre il paziente direttamente agli stimoli per lui maggiormente ansiogeni per un periodo di tempo prolungato e senza possibilità di evitamento, fino a quando le emozioni del paziente nei confronti di tale stimolo diventano neutre (Rachman, 1966).

I protocolli terapeutici tradizionali nel trattamento di disturbi ossessivi compulsivi o di fobie offrono due principali metodi di esposizione: esposizione “nell’immaginazione” (o “immaginale”) ed esposizione “in vivo”. Il primo tipo di esposizione implica il pensare a stimoli avversi, consentendo al paziente di affrontare e riflettere sulle spiacevoli conseguenze degli stimoli attraverso una narrazione vivida fornita dal terapeuta (Gillihan et al., 2012). Con questa tecnica si espone ripetutamente il paziente alla narrazione favorendo l’immaginazione intensa dello scenario, permettendogli di comprendere che focalizzarsi sul peggior risultato possibile della sua paura non lo fa accadere (Moscovitch et al., 2009). La nuova prospettiva acquisita sugli stimoli, sviluppata lentamente, porta a una valutazione più oggettiva delle possibili catastrofi percepite come imminenti (Foa e Wilson, 2016).

La tecnica dell’esposizione in vivo, invece, comporta un graduale e ripetuto contatto con gli stimoli fobici all’interno di un contesto controllato e sistematico. Contrariamente a quanto accade con l’esposizione immaginativa, quella in vivo genera disconferma poiché il contatto diretto con lo stimolo non materializza le catastrofi associate. Nonostante i notevoli benefici però, l’esposizione in vivo presenta alcune limitazioni: in base a uno studio condotto, fino al 25% dei pazienti rifiuta o abbandona il trattamento a causa di un’esperienza diretta percepita come “troppo minacciosa” (Choy et al., 2006); l’ufficio del terapeuta potrebbe non essere adeguatamente attrezzato per l’esposizione in vivo, non garantendo la sicurezza dell’ambiente; il terapeuta potrebbe non essere in grado di controllare completamente alcune variabili cruciali dell’esposizione come l’ordine di comparsa dello stimolo e la sua intensità (Bocci et al., 2023).

In alcuni casi metodi che utilizzano tecnologie avanzate (es. realtà virtuale) possono risultare soluzioni migliori. L’esposizione “in virtuo” o “esposizione virtuale” implica l’interazione con stimoli problematici all’interno di ambienti virtuali, tra cui videogiochi e realtà virtuale o aumentata. Questa tecnica segue generalmente un protocollo standard, ma offre vari vantaggi rispetto alle tecniche presentate precedentemente:

- Può essere più coinvolgente, essendo i videogiochi noti per “la loro capacità di immergere profondamente gli utenti, stimolare i sensi e attingere a un’ampia gamma di emozioni” (Alexiou et al., 2012);
- Può essere percepita come più accettabile e divertente da alcune persone (Horne-Moyer et al., 2014);
- Garantisce un controllo superiore sulle variabili fondamentali degli stimoli fobici, quali il numero di stimoli, il loro movimento, le dimensioni, la distanza, l’ordine di presentazione e la capacità di interrompere, riprendere e ripetere scenari secondo le necessità del paziente, consentendo un’esperienza altamente personalizzata alle esigenze del singolo.

Nell’esposizione virtuale la simulazione di scenari molto complessi, coinvolgenti, realistici e in un setting controllato e sicuro consente ai pazienti di sviluppare le necessarie abilità mentali e psicofisiche prima di affrontare gli stimoli fobici in un ambiente del mondo reale (Bocci et al., 2023). La tecnologia può così diventare una “interfaccia esperienziale” (Wann e Mon-Williams, 1996) in cui la conoscenza emerge attraverso l’esperienza corporea e sensoriale.

Secondo la letteratura (Colder Carras et al., 2018), anche i videogiochi commerciali che non offrono un’esperienza altamente immersiva si rivelano essere validi strumenti nell’esposizione virtuale. Mentre i *serious games* sono stati sviluppati appositamente per affrontare specifici problemi come disturbi mentali, del controllo degli impulsi o alimentari (Fernández-Aranda et al., 2012), i videogiochi commerciali sono risultati essere una valida alternativa o una forma aggiuntiva di trattamento (Colder Carras et al., 2018). In particolare, i videogiochi commerciali vantano un aspetto distintivo rispetto ai *serious games* all’interno di contesti virtuali, essi offrono una piattaforma efficace per stabilire una relazione più stretta tra terapeuta e paziente basata su interessi condivisi, soprattutto nel caso in cui i pazienti sono adolescenti o giovani adulti (Ceranoglu, 2010). Per questo motivo, negli ultimi due decenni, i videogiochi commerciali sono stati ritenuti ottimi strumenti per l’esposizione in virtuo.

#### **1.3.4 Reorientation**

La quarta e ultima fase del processo terapeutico secondo la teoria Adleriana (1930) è chiamata *reorientation*, ossia riorientamento e riformulazione. Arrivati a questo punto il paziente ha acquisito nuove conoscenze e punti di vista ed è pronto per il cambiamento vero e proprio. Il terapeuta assume il ruolo di guida e, lavorando con il paziente, lo aiuta a sviluppare nuove abitudini, comportamenti e abilità efficaci da implementare nella sua vita quotidiana al di fuori della terapia che supporteranno la sua crescita futura.

In questa fase il terapeuta ha il compito di favorire e amplificare le emozioni e l'immaginazione che i contenuti narrativi del videogioco selezionato stimolano nel paziente. Molto spesso, infatti, i videogiocatori iniziano spontaneamente a manifestare espressioni che possono fornire preziose informazioni su loro stati emotivi e sul loro processo di pensiero in relazione agli elementi della storia e ai personaggi del gioco (Ferrari e Soraci, 2022). Quando questo accade il terapeuta deve far attenzione alla prospettiva del paziente e incoraggiarlo nell'esplorazione di nuove idee. Il più delle volte il punto di partenza per una riflessione deriva dall'identificazione del paziente con i personaggi del videogioco. Il videogioco diventa una sorta di "macchina di soggettivazione" (Zhu, 2017) che incoraggia il giocatore a simulare, adottare o sperimentare temporaneamente identità e punti di vista diversi, preparandolo a utilizzare tecniche simili nella vita reale (Cano et al., 2000). In sintesi, l'ultima fase comporta una trasformazione della visione della vita del paziente e l'elaborazione di nuove strategie efficaci per affrontarla (Logas, 2004).

Come menzionato sopra, durante la sessione di gioco, e specialmente quando immersi in uno stato di flow, i pazienti tendono a comunicare volontariamente le proprie esperienze, visioni del mondo e bisogni profondi attraverso le immagini, le storie e i personaggi (avatar) del videogioco. In particolare, l'identificazione con uno specifico avatar consente al paziente di esplorare i propri pensieri interiori, sperimentare combinazioni di esperienze emotive in sintonia o dissonanza con il personaggio e renderli visibili al terapeuta tramite le azioni svolte in gioco, fungendo da ponte di comunicazione tra il paziente, il terapeuta e il proprio mondo interiore (Hojman, 2020).

Nonostante i personaggi e le ambientazioni delle storie all'interno dei videogiochi possano riflettere i contenuti del mondo interiore dei pazienti, è importante sottolineare che non esiste

una corrispondenza rigida e univoca tra i singoli personaggi e gli specifici concetti mentali (Bocci et al., 2023). Il terapeuta deve essere sensibile alle esperienze emotive del paziente e al suo sistema di rappresentazione, facendo particolare attenzione ad ascoltare quando egli “parla attraverso le azioni nel gioco” (Bocci et al., 2023). Ciò che il giocatore fa all’interno del videogioco risulta essere un dato prezioso per comprendere come viene simbolizzata la propria vita in un approccio narrativo (Jung e Gillet, 2021). Il terapeuta può cogliere in modo più efficace questa narrativa creativa e infantile abbandonando momentaneamente le convenzioni mentali e la razionalità adulta, riconnettendosi con le sue tracce del pensiero infantile ancorate a un livello emotivo e fantastico, permettendogli di accompagnare agevolmente la parte creativa e infantile del paziente che emerge durante le sessioni di Video Game Therapy® (Bocci et al., 2023).

Altrettanto essenziale è ascoltare attentamente i pazienti, entrare in sintonia con i loro vissuti emotivi e il loro sistema di rappresentazione, immergersi nella loro prospettiva e modo di vivere, adottando il loro linguaggio espressivo e comunicativo. Solo in questo modo il terapeuta avrà modo di comprendere ciò che i pazienti stanno cercando di comunicare. Per essere veramente efficaci nella somministrazione della Video Game Therapy® i terapeuti devono integrare approfonditi studi accademici, esperienze pratiche sul campo e un lavoro approfondito su sé stessi (Bocci et al., 2023).

L’uso dei videogiochi come medium terapeutico apre spazi per l’immaginazione e la creatività, elementi di fondamentale importanza nella promozione della crescita psicologica, come evidenziato anche dalle pratiche degli psicologi e psicoterapeuti infantili (Kestenbaum, 1985; Shubina, 2017). Videogiochi con storie a forte impatto emotivo contribuiscono all’autoriflessione dei pazienti, essi tendono a elaborare tali storie all’interno di una narrazione autobiografica complessa centrata sulla loro identità percepita; questa narrativa viene sovrapposta alla realtà e rappresenta una sorta di filtro attraverso il quale interpretano il mondo che li circonda (Adler et al, 2017). Il terapeuta a sua volta utilizza le narrazioni come test proiettivo, entrando nel mondo del paziente e aiutandolo a rielaborare e riorganizzare i suoi contenuti. Tutto questo ha la potenzialità di cambiare la prospettiva del paziente su sé stesso e sul mondo, permettendogli di affrontare i compiti di sviluppo in maniera più adattiva e armoniosa.

Lavorare con l'immaginazione non si limita al fantasticare, ma ha un impatto profondo sulla percezione del sé e del mondo, nonché sul comportamento nella vita quotidiana. Consente al paziente di esplorare il proprio mondo interiore, di rappresentarlo e, insieme al terapeuta, di rielaborarne i contenuti, riorganizzarli e trovare soluzioni ai conflitti interni aprendo nuove opportunità di crescita emotiva (Bocci et al., 2023). Le storie dei videogiochi, attraverso un processo di esternalizzazione, possono essere interpretate come un riflesso del paziente, del suo mondo interiore e delle sue interazioni con il mondo esterno. Durante la sessione di gioco gli elementi del proprio mondo interiore vengono esternalizzati e il paziente si distanzia da essi, osservandoli da una prospettiva esterna che facilita la comprensione e la riorganizzazione del sé (Bocci et al., 2023).

All'interno della Video Game Therapy® i pazienti sono considerati potenziali creatori anziché semplici consumatori, l'obiettivo principale è quello di aiutarli a superare l'impotenza creativa, ovvero l'incapacità di imprimere la propria impronta, di desiderio, direzione o forza, nei sentimenti e nelle azioni della vita quotidiana (Bocci et al., 2023). Per raggiungere l'obiettivo indicato è essenziale la presenza di un terapeuta appassionato di videogiochi e che offra al paziente lo spazio e il tempo per sperimentare l'esperienza videoludica come protagonista.

Nel prossimo capitolo verrà affrontato il tema della popolazione target della Video Game Therapy®, in particolare ci concentreremo sui soggetti isolati socialmente e i fenomeni in espansione di hikikomori e NEET.

## **CAPITOLO 2 – LA VIDEO GAME THERAPY® NELL’ISOLAMENTO SOCIALE**

L’approccio integrato della Video Game Therapy® è stato sviluppato per essere estremamente versatile, può essere infatti somministrato essenzialmente a qualunque persona decida di intraprendere un percorso di psicoterapia e abbia la volontà di utilizzare il videogioco come mezzo terapeutico. Ricordiamo a questo proposito che uno dei fini fondamentali della terapia è quello di costruire una relazione e un setting adeguati al paziente, se non si sentirà sicuro o a suo agio con l’utilizzo di una particolare metodologia questa verrà sostituita o adattata alle sue esigenze.

In questo capitolo esploreremo principalmente una specifica porzione della popolazione riguardante i soggetti socialmente isolati, in quanto questi potrebbero essere agevolati considerevolmente dalla partecipazione a una terapia di questo tipo. Verrà fornita una panoramica del concetto di isolamento sociale e successivamente presentati due fenomeni sociali, osservabili soprattutto tra adolescenti e giovani adulti, che negli ultimi anni stanno crescendo esponenzialmente in tutto il mondo: Hikikomori e NEET.

### **2.1 Isolamento sociale**

Il concetto di isolamento sociale e i suoi correlati hanno ricevuto crescente attenzione e sono stati discussi sempre di più all’interno della sfera della salute mentale. Si tratta di un aspetto cruciale identificato da studiosi come ostacolo fondamentale al raggiungimento del benessere (Zavaleta et al., 2014). La nozione di isolamento sociale è stata oggetto di discussione in diverse teorie, ciascuna delle quali ha contribuito a fornire ricchi spunti su particolari aspetti del concetto. Sfortunatamente ciò ha portato anche a una molteplicità di definizioni e a un uso talvolta confuso della terminologia. Termini positivi e negativi come “isolamento”, “connessione”, “connessioni sociali”, “connettività sociale”, “allontanamento”, “alienazione”, “coesione sociale”, “emarginazione”, “impegno comunitario” ed “esclusione sociale” vengono utilizzati in modo intercambiabile e talvolta persino intesi come dotati di significato autoevidente, il che contribuisce a creare confusione nel settore (Zavaleta et al., 2014). Vi è quindi una mancanza di chiarezza concettuale e di uniformità nella definizione e nell’operationalizzazione di tali termini.

Seguendo la definizione proposta da Zavaleta e colleghi (2014) l'isolamento sociale è la mancanza di connessione sociale, descritta come "l'inadeguata qualità e quantità delle relazioni sociali con altre persone ai diversi livelli in cui avviene l'interazione umana: individuale, di gruppo, di comunità e dell'ambiente sociale più ampio". Esiste però, come menzionato, una grande varietà di definizioni, per citarne alcune:

- "La mancanza di contatto o di interazione prolungata con individui o istituzioni che rappresentano la società tradizionale" (Wilson, 1987, pp. 60);
- "L'isolamento sociale denota una mancanza di quantità e qualità di contatti sociali" (Delisle, 1988);
- "Vivere senza compagnia, avere bassi livelli di contatto sociale, scarso supporto sociale, sentirsi separati dagli altri, essere un outsider, isolato e soffrire di solitudine" (Hawthorne, 2006);
- "La mancanza di un impegno individuale in una rete interattiva di relazioni chiave all'interno di comunità che hanno particolari strutture fisiche e sociali, influenzate da ampie forze economiche e politiche" (Minnesota Department of Health, 2010);
- "L'allontanamento di un individuo, psicologicamente o fisicamente, o entrambi, dalla sua rete di relazioni, desiderate o necessarie, con altre persone." (Biordi e Nicholson, 2013)

Tutte le definizioni condividono elementi simili che portano all'interpretazione dell'isolamento sociale come uno stato di completa, o quasi completa, mancanza di contatto tra un individuo e la società a cui appartiene. Per questioni di continuità ed essendo ricavata da un'accurata analisi della letteratura sull'argomento useremo come definizione di riferimento quella proposta da Zavaleta e colleghi (2014).

Ci sono alcune considerazioni cruciali da mettere in luce riguardo a questa definizione. In primo luogo, sottolinea l'importanza sia della quantità che della qualità delle relazioni sociali per valutare il grado di isolamento sociale di una persona.

La quantità di relazioni sociali si riferisce al numero o alla frequenza delle interazioni con un altro individuo o individui, che includono le reti sociali a cui si appartiene, il numero di gruppi di cui si fa parte e la frequenza degli incontri con amici e familiari (Zavaleta et al., 2014). Questi aspetti hanno un notevole impatto sulla nostra vita, influenzando, ad esempio,

il raggiungimento di obiettivi comuni, l'accesso a un certo tipo di occupazione o aumentando in certi casi il senso di status sociale (Christakis e Fowler, 2009). Inoltre, esistono prove che dimostrano come queste dinamiche abbiano un effetto significativo su risultati di vasta portata, quali la crescita personale, l'equità sociale e la riduzione della povertà (Grootaert, 1998).

La qualità delle relazioni sociali può essere a sua volta suddivisa in due aspetti distinti. Si riferisce primariamente a un tipo di relazione che soddisfi le aspettative o gli standard dell'individuo ed è quindi soggetta a una valutazione interna. Ciò implica la necessità di relazioni significative che vanno oltre le interazioni sociali di base, le quali coinvolgono solamente l'indirizzamento e la risposta reciproca sulla base di norme culturali e simboli condivisi. Prendere parte attivamente alla vita della comunità richiede una partecipazione significativa, lo sviluppo di un senso di appartenenza e l'opportunità di esprimere le proprie opinioni, piuttosto che una semplice interazione superficiale. La valutazione della qualità è influenzata dalla personalità e dalla prospettiva individuale, plasmate a loro volta dalle norme e dalla cultura sociale. Inoltre, la qualità delle relazioni sociali è legata al valore strumentale che ciascuna relazione può avere nella vita della persona. Diversi amici o reti sociali possono contribuire e influenzare in modi diversi il vissuto di un individuo (Zavaleta et al., 2014).

Sia gli aspetti quantitativi che qualitativi delle carenze nella connessione sociale contribuiscono in molteplici modi all'isolamento sociale di una persona. Tuttavia, è importante notare che la relazione tra i due aspetti non è diretta. Sentimenti di solitudine (aspetto qualitativo) possono emergere dalla mancanza o dalla limitatezza delle relazioni sociali (aspetto quantitativo), ma anche semplicemente sentirsi soli può portare a un effettivo isolamento. È possibile sentirsi estremamente soli anche quando si è circondati da persone, come familiari o amici, mentre alcune persone con pochi contatti sociali potrebbero non sentirsi affatto isolate (Zavaleta et al., 2014).

La definizione evidenzia anche i vari livelli in cui avviene l'interazione umana, che vengono suddivisi da Zavaleta e colleghi (2014) in quattro categorie: individuale, di gruppo, di comunità e di un ambiente sociale più ampio. L'interazione individuale può assumere diverse forme, come relazioni con il coniuge, membri della famiglia allargata, colleghi di lavoro o amici. Per gruppo si intendono diverse entità sociali coese e non troppo grandi. Chiese,

sindacati o club ne sono alcuni esempi. La comunità condivide delle caratteristiche simili a quelle del gruppo, ma viene spesso considerata come entità meno limitata e più estesa, può essere un quartiere, un villaggio o una comunità etnica all'interno di un contesto più ampio. Infine, per quanto riguarda le relazioni di una persona con l'ambiente sociale più ampio possono essere prese in considerazione le interazioni con gruppi legati all'identità regionale, con le istituzioni o con la società nel suo complesso attraverso connessioni politiche (Zavaleta et al., 2014).

Pertanto, l'isolamento sociale di un individuo dovrebbe essere valutato prendendo in considerazione sia le caratteristiche esterne che quelle interne. Nello specifico, le caratteristiche esterne si riferiscono a condizioni sociali osservabili o a quanto comunemente etichettato come *isolamento sociale oggettivo*: il ridotto numero, o l'assenza, di relazioni significative con altre persone (quanto solo l'individuo può essere) (De Jong Gierveld et al., 2006). D'altra parte, le caratteristiche interne si riferiscono a fenomeni che non possono essere misurati direttamente mediante l'osservazione, tra cui fiducia, soddisfazione della relazione e l'esperienza soggettiva comunemente definita come solitudine, ossia "il disagio derivante dalla discrepanza tra le relazioni sociali ideali e quelle percepite" (Hawkley e Cacioppo, 2009).

È presente un'ampia letteratura psicologica relativa ai fenomeni di isolamento sociale, che comprende la ricerca sulla solitudine o *isolamento sociale soggettivo*, e a specifiche teorie sulla qualità della vita (De Jong Gierveld et al., 2006; Perlman e Peplau, 1981; Weiss, 1973; Young, 1982). Come precedentemente accennato, i sentimenti di solitudine si manifestano quando le relazioni sociali percepite da un individuo non corrispondono all'ideale. La discrepanza tra l'ideale delle relazioni e come vengono percepite nella realtà è il risultato di un processo complesso. Ogni individuo ha una propria concezione di quantità e qualità delle relazioni sociali necessarie per soddisfare i propri bisogni sociali. Quando la realtà non corrisponde a questo ideale emerge una sensazione angosciante, ossia l'isolamento sociale soggettivo. Tre fattori influenzano questo processo (Cacioppo e Patrick, 2008):

- Il grado di vulnerabilità individuale alla disconnessione sociale;
- La capacità di autoregolare le emozioni legate a sentimenti di isolamento;

- Le rappresentazioni mentali e le aspettative nei confronti degli altri, così come le riflessioni sugli altri.

È importante sottolineare che il disagio causato dall'isolamento sociale soggettivo è un problema serio e diffuso, con potenziali effetti significativi, soprattutto quando diventa cronico. Tutti gli individui sono inclini a provare sentimenti di solitudine in diversi momenti della loro vita; tuttavia, questo diventa “un problema di seria preoccupazione solo quando si stabilizza abbastanza a lungo da creare un circolo persistente e auto-rinforzante di pensieri, sensazioni e comportamenti negativi” (Cacioppo e Patrick, 2008, pp. 7).

Il dolore associato all'isolamento soggettivo si manifesta attraverso disagi fisiologici e comportamentali sorprendenti: ricerche dimostrano che sentimenti cronici di isolamento sociale possono scatenare una serie di eventi fisiologici rischiosi per la salute, pari a fattori come l'ipertensione, la mancanza di attività fisica, l'obesità o il fumo e possono effettivamente accelerare il processo di invecchiamento (House et al., 1998). Inoltre, l'isolamento sociale è un fattore predittivo del declino cognitivo e della mortalità tra gli individui di età superiore ai 60 anni (Perissinotto et al., 2012). La letteratura scientifica include anche ricerche approfondite sugli effetti psicologici dannosi dell'isolamento sociale, correlati a sentimenti di solitudine e disperazione (Biordi e Nicholson, 2013). Come l'esclusione sociale e il rifiuto, l'isolamento sociale può avere “effetti intensi e spesso dirompenti sul funzionamento cognitivo, motivazionale ed emotivo individuale” (Brewer, 2005, pp. 344–45).

Le teorie psicologiche sulla solitudine forniscono contributi estremamente rilevanti per la comprensione della connettività sociale. In un certo senso si potrebbe sostenere che la percezione di inadeguatezza delle relazioni sociali di una persona rispetto al suo ideale potrebbe rappresentare la valutazione definitiva per l'isolamento sociale, soprattutto in persone che soffrono di elevati livelli di stress o di solitudine cronica (Zavaleta et al., 2014). Eppure, come dimostrano le altre teorie esaminate (Biordi e Nicholson, 2013; Cacioppo e Patrick, 2008; Christakis e Fowler, 2009; De Jong Gierveld et al., 2006; Hawkey e Cacioppo, 2009), aspetti come il valore strumentale delle relazioni sociali e fattori socio-ambientali sono altrettanto fondamentali per una valutazione complessiva della connettività sociale di un essere umano.

### **2.1.1 Potenziali indicatori e fattori di rischio**

Diversi studi hanno proposto una serie di fattori di rischio, sia esterni sia interni, che possono contribuire alle ragioni per cui un individuo si allontana dalla società e si isola (Boamah et al., 2021; British Columbia Ministry of Health, 2004; Cacioppo e Hawkey, 2003):

- Invecchiamento: quando le persone raggiungono un'età in cui si manifestano problematiche come disturbi cognitivi e disabilità, possono trovarsi incapaci o estremamente limitate nell'uscire di casa e partecipare attivamente alla vita sociale.
- Salute e disabilità: le persone possono sentirsi imbarazzate dalle proprie disabilità o problemi di salute a tal punto da spingerle ad isolarsi ed evitare l'interazione sociale per timore di giudizi o stigmatizzazioni negative. In alcuni casi, più che l'imbarazzo, la disabilità stessa e la mancanza di una rete di supporto possono essere fattori responsabili dell'isolamento sociale (Webber e Fendt-Newlin, 2017).
- Autismo: le persone autistiche e allistiche (non facenti parte dello spettro autistico) comunicano in modi molto diversi, portando talvolta a un "attrito reciproco" (Milton, 2012) nelle interazioni sociali (Crompton et al., 2020). Le persone autistiche, in quanto minoranza, possono avere difficoltà a trovare coetanei con cui comunicare nel loro stesso modo e sono quindi spesso ostracizzate dalla maggioranza, la quale può mal interpretare il loro stile comunicativo diretto come una forma di arroganza, scontrosità e insensibilità.
- Perdita dell'udito: la perdita dell'udito può ostacolare la comunicazione e favorire l'isolamento sociale, soprattutto tra gli anziani (Lin et al., 2013).
- Perdita di una persona cara: l'esperienza della perdita di un amato può contribuire all'isolamento, soprattutto per quanto riguarda le donne. Studi dimostrano che le vedove che mantengono contatti con amici o parenti tendono a godere di una migliore salute mentale, mostrando meno sintomi depressivi durante il periodo di lutto (Ha e Ingersoll-Dayton, 2011).
- Vivere da soli: questo fattore è abbastanza autoesplicativo. Vivere isolati potrebbe portare una persona a interagire meno con la società e, a lungo termine, portarla a una situazione in cui si è abituati a stare da soli per la maggior parte della vita.

- Violenza domestica: in alcuni casi l'isolamento può essere causato da una relazione con un coniuge violento che controlla e limita la libertà del partner.
- Isolamento rurale: nelle zone rurali, diverse condizioni contribuiscono all'isolamento sociale, tra cui la distanza tra le abitazioni, la migrazione di altri verso aree più urbane, la carenza di spazi pubblici e opportunità di svago e, soprattutto, la difficoltà di accesso a servizi legati alla salute mentale. Inoltre, la limitata disponibilità di una connessione internet a banda larga e connessioni cellulari rende complesso per coloro che vivono in zone remote connettersi online o comunicare con altri (Franklin e Henning-Smith, 2020).
- Disoccupazione: il rischio di isolamento sociale può aumentare quando una persona viene licenziata, rilasciata da un'attività o luogo di lavoro o se lo lascia di propria iniziativa. Nel caso in cui la persona abbia difficoltà o non riesca a trovare un nuovo lavoro per un lungo periodo di tempo (mesi o anni), il senso di isolamento potrebbe aggravarsi, soprattutto nel caso di uomini (Davey, 2015).
- Lavoro da remoto: le occupazioni di questo tipo implicano generalmente l'uso di mezzi digitali per l'interazione sociale e il pagamento, possono, quindi, portare all'isolamento sociale poiché non è richiesta un'interazione fisica o l'uscita dalla propria residenza.
- Dipendenza da Internet e social network: la diffusione di Internet e dei metodi indiretti di comunicazione emersi con la rivoluzione informatica hanno causato un cambiamento nel modo in cui le persone interagiscono e una diminuzione del dialogo faccia a faccia. L'eccessivo utilizzo di internet in tutte le sue forme, noto come dipendenza da internet, porta la persona a trascorrere la maggior parte delle sue giornate isolata in casa.
- Pensione o reddito fisso: la situazione in cui una persona non è più obbligata a cercare lavoro, come nel caso della pensione o di una fonte di reddito fisso, può comportare un aumento del senso di isolamento. Non c'è più la necessità di recarsi al lavoro e manca quindi un'opportunità di interagire socialmente.
- Problemi di trasporto: quando una persona non dispone di mezzi di trasporto per partecipare ad eventi o anche solo per uscire, spesso si trova costretta a rimanere in

casa per gran parte della giornata. Questa situazione può condurre a sentimenti di depressione dovuti dalla privazione di contatti sociali (Herbolsheimer et al., 2018).

- Avversità sociale: il desiderio di evitare situazioni scomode, pericolose o impegnative che possono derivare dall'interazioni con gli altri. La situazione può manifestarsi quando le persone con cui si interagisce sono il più delle volte sgarbate, ostili, critiche, giudicanti o semplicemente spiacevoli. In questa circostanza la persona preferisce di gran lunga l'isolamento, in modo da evitare i fastidi e le difficoltà di trattare con altri. Oltretutto, l'appartenenza a gruppi sociali e la categorizzazione sociale possono contribuire a creare circostanze avverse che l'individuo cerca di evitare a seconda delle norme e degli atteggiamenti sociali prevalenti (Shen et al., 2021).
- Abuso di sostanze: l'abuso di sostanze può essere sia una causa che una conseguenza dell'isolamento sociale, spesso associato a disturbi dell'umore, soprattutto in chi vive da solo (Herttua et al., 2011).
- Disuguaglianza economica: bambini e adolescenti provenienti da famiglie con scarse risorse economiche spesso hanno meno opportunità di interagire con i loro coetanei e possono sentirsi più isolati (Hjalmarsson e Mood, 2015). Mentre gli adulti inseriti in programmi di assistenza sociale spesso si concentrano sulle loro spese essenziali come l'affitto e i pasti a basso costo, rinunciando a opportunità di socializzazione in luoghi come bar, ristoranti o cinema (Pasiaka, 2022).
- Autostima: una bassa autostima o una mancanza di amore verso sé stessi possono contribuire all'isolamento sociale. Avere una bassa autostima può portare a pensare troppo e a stressarsi quando si è in mezzo ad altre persone, spingendo a ritirarsi per evitare il confronto sociale. Un comportamento di questo genere può compromettere le relazioni future e impedire lo stabilimento di legami significativi. Secondo uno studio la bassa autostima potrebbe ostacolare la capacità di pianificare attività con altre persone, facendo sentire l'individuo come un peso per gli altri e portandolo a isolarsi ulteriormente (Northeastern Community, 2021). Questo può anche alimentare la convinzione di non essere meritevoli di amicizia e amore, contribuendo a un senso di inadeguatezza e infelicità nella vita sociale.

L'isolamento sociale può manifestarsi fin dai primi anni di vita. Durante il periodo di crescita e sviluppo un individuo può diventare più preoccupato dai sentimenti e dai pensieri legati alla propria identità che risultano difficili da condividere con gli altri. Una situazione di questo tipo potrebbe derivare da sensazioni di vergogna, colpa o alienazione vissute durante le esperienze infantili (Newman e Newman, 2011). Durante gli anni critici della prima infanzia l'adattamento e l'accettazione da parte dei propri coetanei rivestono un ruolo cruciale (Malti et al., 2012). L'isolamento sociale correla positivamente anche con i disturbi dello sviluppo. Le persone soggette a difficoltà nell'apprendimento possono incontrare difficoltà nell'interazione sociale e le sfide a livello accademico possono influire significativamente sulla stima di sé, come nel caso in cui sia necessario ripetere un anno scolastico. In aggiunta un deficit dell'apprendimento, e in generale qualsiasi tipo di deficit, possono contribuire a sentimenti di isolamento e alla percezione di essere in qualche modo diversi dagli altri (Pandy, 2012).

Passiamo ora all'esplorazione delle conseguenze dell'isolamento sociale sulla salute fisica e mentale.

### ***2.1.2 Implicazioni dell'isolamento sociale sulla salute***

Gli esseri umani sono innatamente una specie sociale, la vicinanza agli altri e il comportamento sociale svolgono un ruolo fondamentale nello sviluppo, nella riproduzione, nella salute e nella sopravvivenza (Chen e Hong, 2018). Per questo motivo la deprivazione di contatti sociali e il successivo isolamento dalla società hanno delle conseguenze non trascurabili sulla salute psicofisica delle persone.

Sebbene gran parte delle prove epidemiologiche relative alla relazione tra salute e l'isolamento sociale si basino sull'osservazione, alcune prove sperimentali essenziali alla comprensione del fenomeno sono state svolte sugli animali, in particolare su roditori e scimmie. Questi studi mostrano come gli animali tenuti in isolamento sono più inclini a subire esiti negativi, tra cui mortalità, lento recupero da un ictus (Verma et al., 2016) e alterazioni nel microbioma intestinale (Donovan et al., 2020). In questa sede ci concentreremo principalmente sui risultati emersi da studi sulla popolazione umana, riguardanti mortalità, morbilità e biomeccanismi conseguenti all'isolamento sociale.

I primi studi che hanno esaminato le relazioni tra fattori sociali e il rischio di morte prematura si sono focalizzati sull'isolamento sociale (Berkman e Syme, 1979; Blazer, 1982; House et al., 1982). Da allora ampie ricerche epidemiologiche hanno confermato solide associazioni tra l'isolamento sociale e la mortalità, mostrando effetti paragonabili a quelli dei tradizionali fattori di rischio clinici (Pantell et al., 2013). Essendo l'isolamento sociale correlato con altri fattori sociali, primariamente la solitudine (Leigh-Hunt et al., 2017), la misura in cui l'isolamento oggettivo contribuisce in modo indipendente al rischio di morte non è del tutto chiara, a meno che gli studi non abbiano confrontato l'isolamento con le altre componenti all'interno della stessa ricerca. La maggior parte della letteratura riporta studi in cui i due fattori sono esaminati parallelamente, valutando o riportando solo una variabile; tuttavia, alcuni studi hanno esaminato sia l'isolamento sociale che la solitudine insieme e hanno dimostrato che l'isolamento sociale può essere un predittore indipendente dalla solitudine di morte prematura (Beller e Wagner, 2018; Kraav et al., 2020; Steptoe et al., 2013; Tanskanen e Anttila, 2016; Ward et al., 2021). Nelle analisi multivariate l'isolamento sociale ha mantenuto una significatività statistica anche dopo aver effettuato correzioni per fattori sociodemografici e di salute. Al contrario la solitudine non è emersa come un predittore indipendente di mortalità dopo aver considerato gli stessi fattori demografici e sanitari. Uno studio longitudinale sull'invecchiamento ha suggerito che sia la solitudine e non l'isolamento a predire una mortalità precoce, ma questo solamente per quanto riguarda gli uomini e non le donne (Holwerda et al., 2012), lo studio longitudinale finlandese di Tanskanen e Anttila (2016), della durata di diciassette anni, ha riscontrato che l'isolamento sociale predice effettivamente la mortalità futura, anche dopo aver considerato la solitudine e altri potenziali fattori confondenti. In sintesi, malgrado non tutti i risultati siano coerenti, ci sono prove crescenti che indicano come l'isolamento sociale predica la mortalità in modo indipendente dal fattore della solitudine (Holt-Lunstad e Steptoe, 2021).

Esiste anche una crescente quantità di evidenze relative ad esiti non fatali sulla salute fisica dati dall'isolamento sociale, tra cui un aumento del rischio di malattie cardiovascolari e ictus (Valtorta et al., 2016), iperglicemia e diabete di tipo 2 (Brinkhues et al., 2017; Meisinger et al., 2009) e una peggiore funzione cognitiva (Evans et al., 2019). Lo studio di Valtorta e colleghi (2016) ha osservato come sia l'isolamento sociale che la solitudine aumentano

significativamente il rischio di nuove malattie coronariche e di infarti, senza che un fattore fosse più fortemente correlato all'incidenza della malattia rispetto all'altro. Nello studio di Evans e colleghi (2019) aspetti dell'isolamento sociale, tra cui bassi livelli di attività sociale e reti sociali inadeguate, sono risultati correlati significativamente con una funzione cognitiva più scadente in età avanzata. Le evidenze sugli esiti del diabete, invece, sono un po' contrastanti. I primi due studi menzionati a riguardo hanno trovato associazioni tra singoli componenti dell'isolamento (es. vivere da soli) e un aumento del rischio di diabete di tipo 2, mentre quello di Hackett e colleghi (Hackett et al., 2020), tramite l'utilizzo di misure più complete, non ha trovato una correlazione significativa. Esaminando l'associazione tra isolamento sociale e funzioni cognitive, una meta-analisi di cinquantuno studi di gruppo longitudinali ha rilevato che l'attività sociale e le reti sociali sono significativamente associati alla funzione cognitiva. L'isolamento sociale è più fortemente associato alla cognizione globale, portando a un aumento del rischio di demenza, seguita dalle misure della memoria e dalle funzioni esecutive, in maniera simile per uomini e donne (Penninkilampi et al., 2018). Gli studi che mettono in relazione l'isolamento sociale con problematiche salutari hanno riscontrato prevalentemente forti evidenze per quanto riguarda esiti di malattie cardiovascolari e mentali, mentre pochi studi esaminano le relazioni con altri disturbi (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020).

Le condizioni di scarsa salute fisica possono essere sia conseguenze che fattori di rischio dell'isolamento sociale, per cui gli studi longitudinali che misurano l'isolamento prima dell'insorgenza delle malattie sono più affidabili rispetto a quelli trasversali. Gli studi prospettici, infatti, consentono di determinare se l'isolamento precede il problema di salute o se la condizione avversa sia la causa del ritiro sociale e di altri cambiamenti nell'attività sociale (Holt-Lunstad e Steptoe, 2021).

Come nel caso della mortalità, le evidenze riguardo a una correlazione tra isolamento sociale e future malattie, indipendentemente dalla solitudine, sono complesse e non sempre consistenti. Ciò potrebbe essere dovuto alla variabilità degli esiti di morbilità, dei metodi di misurazione e dei potenziali tassi di diagnosi differenziale tra coloro che sono socialmente isolati. Sebbene siano necessarie ulteriori ricerche per comprendere meglio la natura esatta di queste associazioni e la loro indipendenza da altri fattori sociali, i risultati finora raggiunti

suggeriscono che vi siano correlazioni significative tra l'isolamento sociale ed esiti di salute non fatali (Holt-Lunstad e Steptoe, 2021).

Infine, sono state riscontrate evidenze che documentano l'associazione tra isolamento sociale e una serie di meccanismi biologici, i quali contribuiscono allo sviluppo di condizioni di salute, tra cui il funzionamento cardiovascolare, neuroendocrino, metabolico e immunitario (Yang et al., 2016), nonché le basi molecolari dell'epigenetica (Arzate-Mejía et al., 2020). I dati presenti riguardo le basi molecolari suggeriscono che l'isolamento sociale induce cambiamenti nell'espressione genetica e che la risposta comportamentale all'isolamento è modulata da fattori di trascrizione e meccanismi epigenetici. Ci sono anche prove del fatto che l'RNA non codificante gioca un ruolo importante nella regolazione del comportamento sociale e dei neuropeptidi coinvolti nelle risposte comportamentali all'isolamento sociale (Arzate-Mejía et al., 2020).

La ricerca ha dimostrato che l'isolamento sociale influisce sulle risposte immunitarie e provoca un aumento nell'espressione di geni infiammatori (Powell et al., 2013). In uno studio sia l'isolamento sociale che la solitudine erano indipendentemente associati a una minore risposta anticorpale a un vaccino antinfluenzale; tuttavia, coloro che sperimentavano sia la solitudine che l'isolamento sociale avevano una risposta anticorpale ancora più bassa (Pressman et al., 2005). Ulteriori scoperte suggeriscono che specifici aspetti dell'isolamento sociale sono correlati con una maggiore risposta infiammatoria, mentre la solitudine con una minore regolazione dell'infiammazione. Questo indica che aspetti oggettivi e soggettivi delle connessioni sociali possono influenzare diversi percorsi biologici (Walker et al., 2019). In definitiva i risultati indicano come l'isolamento sociale può fornire un contributo significativo alla comprensione dei meccanismi biologici coinvolti nello sviluppo e nella progressione delle malattie.

Oltre ai tre ambiti di salute fisica presentati è emerso anche che l'isolamento sociale è correlato con problemi di salute mentale, compresi un aumento del rischio di depressione, deterioramento cognitivo, ansia e abuso di sostanze (Courtin e Knapp, 2017). La mancanza di interazioni sociali per un periodo prolungato di tempo infatti può predisporre a sintomi depressivi più avanti nella vita. Recentemente è stato osservato come anche i bambini che trascorrono periodi solitari sono più inclini a sperimentare sintomi depressivi durante

l'infanzia. Uno studio ha suggerito che prevenire la solitudine nel periodo dell'infanzia potrebbe servire da fattore protettivo contro la depressione in età adulta (Qualter et al., 2010). Per di più, i bambini che vivono una situazione di isolamento sociale tendono a raggiungere livelli di istruzione inferiori, ad appartenere a classi sociali meno privilegiate da adulti e presentano una maggiore probabilità di angoscia psicologica nel futuro (Lacey et al., 2014). Dalla letteratura appare evidente che bambini e adolescenti che ricevono un adeguato supporto sociale possono affrontare più efficacemente livelli elevati di stress, posseggono un maggiore senso di padronanza e di capacità di gestire le emozioni negative, contribuendo significativamente a migliorare la qualità della vita (Martin et al. 2017).

## **2.2 Hikikomori**

Il termine “Hikikomori”, termine noto per indicare un grave ritiro sociale (Bowker et al., 2019), proviene dalla lingua giapponese ed è una composizione di due parole, *hiku*, “tirarsi indietro”, e *komoru*, “isolarsi”. Il fenomeno sociale è nato e si è sviluppato principalmente all'interno della società giapponese, dove il collettivismo rappresenta una parte fondamentale della cultura. Questo fenomeno, infatti, è stato inizialmente percepito come un comportamento anomalo messo in atto da individui che lasciavano il gruppo o si isolavano e venivano descritti come *hikikomotta*, ossia “quella persona che si è ritirata in isolamento”. Le persone affette da questa condizione trascorrono giorni, settimane o mesi isolati in casa, evitando del tutto, o quasi, il contatto sociale. Questa situazione può portare a gravi problemi di salute mentale e avere ripercussioni negative nell'ambito dell'istruzione e del lavoro (Kato et al., 2019). La diffusione del termine “hikikomori” come sostantivo è avvenuta nella seconda metà degli anni '90, quando lo psichiatra giapponese Tamaki Saito pubblicò un libro intitolato “*Hikikomori – Adolescenza Senza Fine*” (1998). L'autore definì provvisoriamente l'hikikomori<sup>11</sup> come una persona che ha smesso di andare a scuola o di lavorare per più di sei mesi ed è rimasta a casa per la maggior parte del tempo.

La prima descrizione degli hikikomori formulata dallo psichiatra Tamaki Saito li ha descritti come “coloro che diventano reclusi all'interno della propria casa, per un periodo di almeno sei mesi, con esordi entro la seconda metà del terzo decennio di vita e per i quali altri disturbi

---

<sup>11</sup> Il termine verrà utilizzato per descrivere sia il fenomeno sociale che l'individuo affetto da questo.

psichiatrici non spiegano meglio il sintomo primario del ritiro sociale” (Saito, 1998, pp. 22-23).

Secondo lo psichiatra Ushio Isobe l’hikikomori è uno stato in cui le persone “si isolano per più di sei mesi in casa e limitano il numero di cose di cui hanno bisogno o pensano di aver bisogno” (Isobe, 2004, pp. 27).

Il ricercatore Tatsushi Ogino definisce gli hikikomori come “persone che in genere si ritirano dalla maggior parte delle attività sociali e si isolano nei loro spazi abitativi o nelle loro stanze per lungo tempo, anche se la loro famiglia non riesce a capirne le ragioni” (Ogino, 2004, pp. 120).

In Giappone l’origine del fenomeno può essere collegata a ciò che negli anni ’70 e ’80 veniva chiamato “assenteismo ingiustificato” o “rifiuto scolastico” (*futoko* in giapponese), rinominato hikikomori o ritiro sociale dopo la pubblicazione del testo di Saito (1998). Un’indagine epidemiologica condotta in Giappone dall’Organizzazione Mondiale della Sanità tra il 2002 e il 2006, rivolta a individui di età compresa tra i 15 e i 49 anni, ha rivelato che l’1,2% della popolazione ha sperimentato il ritiro sociale per un periodo superiore a sei mesi (Koyama et al., 2010). Ulteriori ricerche hanno evidenziato che tra lo 0,9% e il 3,8% della popolazione aveva avuto una storia di hikikomori (Kiyota et al., 2008). Infine, un’indagine del 2016 condotta dal Gabinetto del Giappone ha rivelato che vi erano all’incirca 540.000 individui, di età compresa tra i 15 e i 39 anni, socialmente ritirati da più di sei mesi (Japan Cabinet Office, 2016). Nel 2019 la stessa indagine condotta su persone di età compresa tra i 40 e i 65 anni ha stimato una quota di 610.000 hikikomori (Japan Cabinet Office, 2019).

Il fenomeno sta suscitando crescente preoccupazione a fronte di quella che i funzionari governativi hanno definito la “crisi 8050”. L’espressione si riferisce agli hikikomori che raggiungono i 50 anni di età mentre i loro genitori raggiungono gli 80, creando una situazione di notevole difficoltà in cui i genitori anziani potrebbero iniziare a perdere la capacità di sostenere sé stessi e i propri figli (Yamazaki et al., 2021). Un dato interessante da notare in tutti gli studi epistemologici menzionati è che i maschi rappresentano la maggioranza del campione considerato, con un rapporto di circa 3:1 rispetto alle femmine. Tuttavia, è importante sottolineare che le indagini si sono basate su questionari relativamente semplici,

spesso contenenti solo una o due domande. Per ottenere una comprensione più precisa della situazione attuale giapponese sono necessarie ulteriori ricerche basate su definizioni più chiare (Kato et al., 2019).

Se inizialmente l'hikikomori era considerato come un fenomeno unico alla società giapponese, negli anni successivi sono stati segnalati casi simili in molti altri Paesi, con una crescente attenzione da parte dei media internazionali (Gent, 2019; Jozuka, 2016; Wang, 2015). Nel 2010, l'*Oxford Dictionary* ha incluso la parola "hikikomori" con la definizione: "l'evitamento anormale del contatto sociale, tipicamente da parte di adolescenti maschi". Ciò ha indicato il riconoscimento e l'accettazione del termine anche al di fuori del Giappone.

Nel corso degli anni sono state fornite diverse definizioni e linee guida per definire i parametri dell'hikikomori, necessarie per discriminare il fenomeno sociale da altri tipi di disturbi o malattie.

La prima linea guida per l'hikikomori, pubblicata dal Ministero della Salute, del Lavoro e del Welfare giapponese (MHLW) nel 2003 (organizzata da J. Ito), definisce ritirato socialmente chi si isola in casa, non può o non vuole interagire con la società frequentando la scuola o lavorando ed è una condizione che dura più di sei mesi. Secondo il Ministero queste caratteristiche escludono i pazienti schizofrenici o altri che soffrono di una malattia mentale, nonché coloro che si trovano in condizioni più gravi di una disabilità mentale moderata (Ito, 2003, pp. 115-116).

Successivamente nella versione aggiornata delle linee guida del 2010 la definizione è stata riformulata considerando generalmente il fenomeno come non psicotico, ma con una possibile comorbilità di schizofrenia (Saito, 2010). A questo proposito, uno studio condotto prima della pubblicazione delle nuove linee guida ha dimostrato come pazienti in trattamento per l'hikikomori nei centri di assistenza mentale spesso presentano una notevole comorbilità con disturbi psichiatrici, tra cui schizofrenia, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi della personalità e disturbi pervasivi dello sviluppo (Kondo et al., 2013).

Per riassumere e semplificare le varie definizioni e criteri formulati negli anni, verrà ora esaminata la proposta di Kato e colleghi (2020). Gli autori descrivono l'hikikomori come una forma di isolamento sociale patologico caratterizzato principalmente dall'isolamento fisico

in casa propria (Kato et al., 2020). Per ricevere questa diagnosi una persona deve soddisfare i seguenti criteri:

- Manifestare un marcato isolamento nella propria abitazione.
- La durata dell'isolamento deve essere di almeno sei mesi.
- Significativa compromissione funzionale o disagio associato all'isolamento sociale.

Gli individui possono essere classificati in base alla frequenza con cui escono di casa. Coloro che lasciano la propria casa occasionalmente (due o tre giorni a settimana) sono considerati come casi lievi, coloro che escono raramente (un giorno a settimana o meno) sono considerati moderati e quelli che raramente escono dalla propria stanza sono categorizzati come casi gravi. Se un individuo esce frequentemente di casa (quattro giorni a settimana o più), per definizione, non soddisfa i criteri per essere un hikikomori. È importante annotare la durata continuativa stimata del ritiro, nel caso questa fosse di almeno tre (ma non sei) mesi l'individuo sarà classificato come pre-hikikomori (Kato et al., 2020).

L'insorgenza del fenomeno è tipicamente durante l'adolescenza o l'inizio dell'età adulta, ma può verificarsi anche successivamente, soprattutto nel caso di casalinghe e anziani.

Quattro aspetti della definizione di Kato e colleghi sono particolarmente rilevanti (Kato et al., 2020):

- Il comportamento di isolamento fisico e sociale rimane la caratteristica centrale, ma la definizione aggiunge chiarezza sulla frequenza delle uscite di casa.
- Viene eliminato il requisito di evitare situazioni e relazioni sociali, il che distingue l'hikikomori dal disturbo di ansia sociale.
- È sottolineata l'importanza di valutare attentamente il disagio soggettivo o la compromissione funzionale. Alcuni individui, inizialmente, potrebbero non percepire disagio, ma anzi soddisfazione e senso di sollievo nel poter fuggire dalla realtà. Tuttavia, con l'avanzare del tempo la maggior parte delle persone inizia a provare angoscia e solitudine.
- Sono rimossi gli altri disturbi psichiatrici come criterio di esclusione per l'hikikomori, riconoscendo che spesso coesiste con altre condizioni di malattia mentale. Pertanto, l'hikikomori può essere considerato un problema a sé stante o coesistere con una varietà di disturbi psichiatrici.

### ***2.2.1 Comorbilità e possibili cause di hikikomori***

Come appena descritto, vi sono dati scientifici e possibilità che il fenomeno di hikikomori coesista con una gamma diversificata di disturbi della salute mentale (Kondo et al., 2013). Ancora al giorno d'oggi non sono stati pubblicati studi che stabiliscono definitivamente se tali disturbi siano la causa principale dell'hikikomori come sintomo o se, al contrario, sia l'hikikomori a essere la causa scatenante delle problematiche compresenti. Si può sostenere quindi l'ipotesi che entrambe le possibilità siano plausibili (Kato et al., 2019). Di seguito saranno presentati i principali disturbi in comorbilità, le situazioni che includono sintomi simili a quelli dell'hikikomori e ulteriori possibili cause:

- Schizofrenia e disturbi psicotici: partiamo dal descrivere le similitudini con il disturbo di schizofrenia, essendo questo citato anche nelle linee guida ufficiali del 2010. I pazienti schizofrenici spesso sperimentano un ritiro fisico a causa dei sintomi positivi o negativi associati alla condizione, i quali portano ad allucinazioni e deliri che possono rendere l'interazione con il mondo esterno spaventosa e portare quindi a un isolamento sociale (Kato et al., 2019). Il ritiro sociale è un tipico sintomo negativo della schizofrenia ed è spesso difficile distinguerlo da una condizione di hikikomori non psicotica, soprattutto nei casi di schizofrenia lievi dove non sono presenti allucinazioni e deliri (Fanous et al., 2001). Nelle linee guida del 2010 la schizofrenia non viene in linea di principio considerata come parte della definizione di hikikomori; tuttavia, esse sono abbastanza ambigue in quanto non escludono esplicitamente questa possibilità. Il ritiro fisico è spesso osservato in casi di psicosi in fase prodromica, è perciò essenziale prestare attenzione alla situazione di ogni individuo per giungere a una valutazione corretta (Kato et al., 2019). Attualmente è una questione aperta se includere o meno la schizofrenia nella definizione di hikikomori e, soprattutto, se il ritiro associato alla schizofrenia debba essere considerato come una manifestazione separata di hikikomori o se debba essere trattato come un sintomo caratteristico della schizofrenia stessa (Kato et al., 2019).
- Depressione: nella depressione, oltre all'umore depresso, la diminuzione della motivazione e dell'attività (anedonia) sono sintomi principali che possono richiamare comportamenti simili a quelli dell'hikikomori. Ulteriori similitudini sono osservabili

anche nei comportamenti durante la fase depressiva del disturbo bipolare (Kato et al., 2019).

- Ansia sociale: il disturbo psichiatrico da ansia sociale risulta avere un'alta comorbidità tra gli individui hikikomori (Teo et al., 2019). Particolarmente in Giappone, ma anche in molti altri paesi, il disturbo è stato a lungo identificato come una sindrome legata alla cultura del posto, in cui il soggetto sperimenta una paura delle relazioni interpersonali, particolarmente delle interazioni faccia a faccia (Nakagami et al., 2017). Esistono diversi punti in comune tra il disturbo e l'hikikomori, come il fatto che entrambi colpiscono principalmente giovani e sono più comuni tra i maschi (Kato et al., 2012; Russel, 1996). Uno studio ha notato come il 30% di pazienti trattati in un'unità di degenza per ansia sociale rientrava in quello che viene considerato un "sottotipo di hikikomori" (Nakamura e Shioji, 1997). Nonostante ciò, le caratteristiche specifiche delle due condizioni possono differire, il disturbo d'ansia sociale, infatti, è caratterizzato dalla paura di offendere o ferire gli altri attraverso interazioni sociali imbarazzanti o a causa di difetti fisici percepiti (Kirmayer, 1991), mentre queste caratteristiche potrebbero non essere ovviamente espresse da casi tipici di hikikomori.
- Disturbi di personalità: da indagini cliniche basate su interviste strutturate per i disturbi di personalità di asse II del DSM-IV (SCID-II) è emerso che disturbi di personalità evitante, paranoico, dipendente, schizoide, antisociale, borderline, narcisistico e schizotipico possono essere comorbidamente presenti negli individui hikikomori (Teo et al., 2015). Tra questi sembra che il disturbo evitante di personalità si manifesti con maggiore frequenza in associazione con hikikomori.
- Disturbi da PTSD e legati al trauma: le persone che sperimentano situazioni di Hikikomori, specialmente coloro che hanno vissuto esperienze di assenteismo o rifiuto scolastico all'inizio della loro condizione, spesso hanno anche vissuto esperienze traumatiche legate al bullismo. Sebbene il bullismo potrebbe non soddisfare i criteri diagnostici del disturbo da stress post-traumatico (PTSD), le forme di violenza diretta e indiretta da parte di colleghi, come essere picchiati, ignorati o

esclusi, possono provocare traumi ed essere scatenanti per l'hikikomori (Kato et al., 2019).

- Disturbo dello spettro autistico: la possibile comorbilità tra hikikomori e disturbo dello spettro autistico (ASD) è stata suggerita recentemente (Kondo et al. 2013; Tateno et al., 2012). Data la similitudine di comportamenti nell'ASD, inclusa l'incapacità di percepire i sentimenti degli altri e il conseguente disadattamento sociale, la suscettibilità al bullismo e la perdita di una rete sociale di supporto, ci sono molti casi di persone autistiche che diventano hikikomori (Kato et al., 2019).
- Disturbo dell'adattamento: alcune persone con hikikomori potrebbero non ricevere una diagnosi specifica di disturbo psichiatrico, ma invece essere etichettate come affette da un disturbo dell'adattamento, in conformità con i criteri del DSM-V. In passato queste persone venivano definite come "idiopatiche hikikomori", ossia senza una causa conosciuta o apparente (Kinugasa, 1998).
- Suicidio: il suicidio rappresenta un comportamento estremo osservato in diversi disturbi psichiatrici (Kato et al., 2019). Sebbene non esistano dati epidemiologici completi, sono stati documentati numerosi casi di persone con hikikomori che hanno commesso suicidio. La relazione tra i due non è ancora del tutto chiara, ma si può ipotizzare che il comportamento di hikikomori sia un sintomo precursore del suicidio (Kato et al., 2017). Questa prospettiva suggerisce come la volontà di sfuggire dal mondo reale sia comune sia all'hikikomori che al suicidio e il primo potrebbe essere considerato un comportamento suicidario alternativo (Yong e Nomura, 2019).
- Malattie fisiche: in casi di grave affaticamento fisico e dolori che rendono impossibile muoversi o camminare, un individuo può ritrovarsi in uno stato simile a quello di hikikomori. Inoltre, malattie della pelle, quali dermatite atopica o eruzioni cutanee gravi come l'orticaria, possono portare un individuo all'evitamento delle relazioni sociali fino ad arrivare a una situazione simile all'hikikomori. Sono considerati possibili disturbi in comorbilità anche alcune malattie gastrointestinali (es. sindrome dell'intestino irritabile, colite ulcerosa e morbo di Crohn) (Nomura et al., 2014).
- Situazioni sociali: all'interno della società giapponese le figlie adulte che non lavorano e vivono con i genitori sono chiamate "collaboratrici domestiche" e possono

non avere interazioni sociali al di fuori dei loro parenti stretti, sperimentando una forte solitudine e una situazione simile a quella di hikikomori (Kato et al., 2019). Un'altra situazione emergente e critica riguarda gli anziani vedovi che rimangono soli dopo la morte del partner, senza interazioni sociali e uscendo di casa molto raramente. In questi casi la persona finisce per morire da sola, rimanendo nascosta per giorni, settimane o persino mesi. Si può supporre che almeno per diversi mesi prima della loro morte possano essere stati in una condizione simile a quella di hikikomori (Kato et al., 2017).

- Dipendenza da tecnologie moderne: nonostante la connessione tra le moderne tecnologie di comunicazione (Internet, social media e videogiochi) e l'hikikomori non sia stata stabilita in modo definitivo, un uso spropositato di tali tecnologie è considerato almeno un fattore esacerbante che può approfondire e alimentare l'isolamento (Gent, 2019). Anche l'avvento degli smartphone e di altri dispositivi mobili potrebbe aver aggravato il problema poiché le persone possono ora continuare la loro dipendenza dai giochi e dalla navigazione online ovunque (Kiyoshi, 2017).

In sintesi, l'hikikomori può coesistere ed essere causato da una serie di disturbi mentali e comportamentali, da condizioni fisiche e sociali. La comprensione delle possibili comorbilità e delle situazioni che causano il fenomeno è essenziale per una valutazione e un trattamento accurati.

### ***2.2.2 Diffusione del fenomeno nel resto del mondo***

Casi di condizioni simili a quelle di hikikomori sono stati segnalati in diversi paesi al di fuori del Giappone, inclusi Oman, Spagna, Francia, Italia, Brasile, Stati Uniti e molti altri nel continente asiatico (De Michele et al., 2013; Garcia-Campayo et al., 2007; Sakamoto et al., 2005; Wu et al., 2019). Sono state condotte indagini internazionali rivolte a psichiatri in vari paesi per comprendere l'effettiva presenza di pazienti hikikomori, utilizzando due vignette di casi clinici in un formato self-report (Kato et al., 2012). Le indagini hanno mostrato la possibilità di un fenomeno simile a quello di hikikomori in tutti i paesi esaminati (Australia, Bangladesh, India, Iran, Corea del Sud, Tailandia, Taiwan, Stati Uniti). In alcune aree urbane della Cina continentale è stata condotta un'indagine epidemiologica focalizzata sui giovani

attraverso servizi di social networking, la quale ha rilevato l'esistenza di hikikomori anche in gran parte della Cina (Wong et al., 2017). Tuttavia, le indagini epidemiologiche sul fenomeno al di fuori del paese di origine sono molto limitate (Kato et al., 2019).

È interessante notare come le differenze culturali e sociali possono influenzare la manifestazione dell'hikikomori in paesi più occidentalizzati. In alcune società questa tipologia di severo isolamento sociale potrebbe essere vista più come una strategia di coping e meno come un disturbo, tendendo quindi ad essere meno patologizzato. Le differenze possono riflettersi nelle diagnosi e nelle esperienze riportate da coloro in una condizione di hikikomori (Teo et al., 2015). Negli Stati Uniti i soggetti sperimentano un senso di solitudine più forte e un livello di disabilità più elevato in casa; in India le connessioni sociali restano per lo più mantenute costanti, ma il livello di compromissione funzionale risulta generalmente elevato; in Corea del Sud, come nel primo caso, si sperimenta un maggior senso di solitudine, accompagnato da minori interazioni con amici e alti livelli di compromissione funzionale (Teo et al., 2015). Uno studio pilota condotto tra i malati di hikikomori giapponesi e americani ha riscontrato differenze significative nelle diagnosi. I soggetti americani avevano una probabilità significativamente maggiore di ricevere diagnosi di disturbo d'umore, disturbi da abuso di sostanze e disturbi d'ansia rispetto ai soggetti giapponesi (Teo et al., 2015).

In Italia, si stima che un individuo ogni 250 (alcune stime indicano uno su 200) sia soggetto a comportamenti a rischio di esclusione sociale (Giammetta, 2013). Secondo la Società Italiana di Psichiatria, nel 2013 circa tre milioni di italiani, tra i 15 e i 40 anni, soffrivano di questa patologia (Nicoletti, 2012). È però importante notare che il disturbo è spesso associato o confuso con la cultura nerd e geek, o più frequentemente con la dipendenza da Internet (si stima che siano 240.000 gli adolescenti che trascorrono più di tre ore al giorno tra Internet e videogiochi) la quale non rispecchia a pieno i criteri dell'hikikomori, limitando il fenomeno a una conseguenza del progresso della società e non a una scelta volontaria dell'individuo (Giammetta, 2013). Un'indagine più recente e accurata, che tiene conto del fenomeno in modo più specifico distinguendolo da altre dipendenze o attitudini, riporta un numero di casi di hikikomori pari a 100.000 in Italia (Zorzoli, 2019).

I possibili fattori significativi che hanno contribuito all'emergere di casi di hikikomori al di fuori del Giappone, trasformando il fenomeno da una sindrome legata a una cultura specifica a un disturbo psichiatrico internazionale, sono la modernizzazione, la globalizzazione, la diffusione di Internet e dei mezzi di comunicazione indiretti tramite la rivoluzione informatica (Kato et al., 2019).

In particolare, c'è stato un cambiamento nelle modalità di gioco e interazione tra i bambini, passando da un gioco più fisico e diretto a uno indiretto senza interazioni faccia a faccia o contatto fisico e ciò ha influito notevolmente sullo sviluppo e sul comportamento della gioventù moderna. Oggi, grazie a Internet, è possibile giocare a videogiochi che in passato richiedevano un'interazione fisica anche quando si è fisicamente separati l'uno dall'altro. Ciò ha portato a una diminuzione delle opportunità di comunicazione diretta tra i giovani di tutto il mondo. Tramite la diffusione di SMS e social media, i quali spesso sostituiscono le interazioni faccia a faccia, i giovani passano sempre meno tempo di persona con i loro amici (Kato et al., 2019). Questa tendenza potrebbe essere la ragione per cui si sperimentano livelli di ansia, depressione e solitudine sempre più alti tra adolescenti e giovani adulti, non solo in Giappone ma anche nel resto del mondo (Twenge, 2017).

### ***2.2.3 Approcci terapeutici***

Fornire supporto psicosociale diretto agli hikikomori che si sono isolati dalla società per un lungo periodo di tempo rappresenta una sfida complessa (Kato et al., 2019). Secondo uno studio condotto da Kondo e colleghi (2010) il periodo di tempo medio che passa tra l'inizio dell'isolamento e la presa in carico, in Giappone, è di circa quattro anni e mezzo. Attualmente sono in corso ricerche con l'obiettivo di sviluppare piani di trattamento diversificati ed efficaci per aiutare gli hikikomori. Sono disponibili varie forme di supporto, tra cui consultazioni telefoniche, formazione di "spazi di incontro" e piani di sostegno per l'inserimento lavorativo (Kato et al., 2018).

Uno dei piani di trattamento che potrebbe portare a buoni risultati si concentra sul coinvolgimento delle famiglie degli individui isolati, in quanto inizialmente è molto improbabile che gli stessi hikikomori cerchino un aiuto. Il coinvolgimento comprende principalmente programmi di intervento educativo, come conferenze e giochi di ruolo, i quali

mirano a ridurre il pregiudizio che i membri della famiglia potrebbero avere nei confronti dei disturbi psichiatrici come l'hikikomori (Kato et al., 2020). Spesso le famiglie, a causa di una mancata conoscenza delle malattie mentali in generale e dell'hikikomori in particolare, non sono in grado di rispondere in modo adeguato a queste situazioni, non intervengono e tendono ad ignorare il problema per molti anni senza chiedere aiuto. Oltretutto molti genitori si rifiutano di chiedere assistenza professionale a causa dello stigma sociale, poiché non vogliono essere riconosciuti come “quelli che hanno un figlio con una malattia mentale” (Kato et al., 2019).

I programmi educativi si basano su approcci consolidati di supporto familiare, in particolare il Mental Health First Aid (MHFA) e Community Reinforcement And Family Training (CRAFT) (Kubo et al., 2020). Il CRAFT aiuta i membri della famiglia a comunicare in modo positivo e funzionale (Sakai e Nonaka, 2013), mentre il MHFA fornisce competenze per supportare gli hikikomori con comportamenti depressivi o suicidari (Kitchener e Form, 2006). Gli studi iniziali, con lo scopo di migliorare la risposta comportamentale delle famiglie hanno prodotto risultati positivi, suggerendo che il coinvolgimento familiare è essenziale per il recupero, anche se saranno necessarie ulteriori ricerche (Kato et al., 2019).

Oltre all'educazione familiare, ci sono programmi terapeutici a cui gli hikikomori stessi possono partecipare, come la terapia tramite esercizio fisico, la pet therapy e la terapia tramite videogiochi. Riguardo a quest'ultima forma di terapia sono stati condotti molti studi, soprattutto riguardanti le potenzialità del videogioco mobile *Pokémon Go* (Hussain, 2018) e degli exergames (Best, 2013). Il gameplay di *Pokémon Go*, tramite l'utilizzo di geolocalizzazione e realtà aumentata, prevede l'esplorazione fisica del mondo reale in cerca di Pokémon (creature che si possono catturare, allenare e far combattere all'interno del gioco) che si generano in località diverse. Data la sua natura, questo videogioco ha la potenzialità di incoraggiare gli hikikomori a lasciare i confini delle proprie abitazioni e di promuovere l'attività fisica (Kato et al., 2019; Tateno et al., 2016).

Attualmente, gli approcci di terapia psicodinamica individuale o di gruppo enfatizzati nella letteratura mirano principalmente a rafforzare la fiducia in sé stessi degli hikikomori, aiutandoli a risolvere le difficoltà nelle relazioni interpersonali con membri della famiglia e futuri colleghi di scuola o lavoro (Kato et al., 2019). È fondamentale ricordare che un

trattamento efficace richiede un approccio multifattoriale che coinvolga più di un tipo di terapia, senza concentrarsi esclusivamente su terapie individuali (Ranieri et al., 2015).

### **2.3 NEET**

Il termine NEET è l'acronimo di "Not in Education, Employment, or Training" ed è stato coniato in Inghilterra verso la fine degli anni '80 per indicare una persona che è disoccupata, non riceve istruzione o formazione professionale. Il termine è stato introdotto formalmente nel 1999 con la pubblicazione del report *Bridging the Gap – New Opportunities for 16–18 year olds not in Education, Employment or Training* (Social Exclusion Unit, 1999). Il concetto ha rapidamente guadagnato rilevanza al di fuori del Regno Unito e all'inizio dello scorso decennio sono state adottate definizioni simili in quasi tutti i Paesi membri dell'Unione Europea (Eurofound, 2012). Nazioni come il Giappone, la Nuova Zelanda, Taiwan e Hong Kong hanno elaborato le proprie interpretazioni del termine. Poiché non esiste una definizione unica di NEET accettata a livello internazionale, le caratteristiche dei giovani classificati come NEET variano notevolmente da un paese all'altro, rendendo complesso il confronto tra nazioni a livello globale (Eurofound, 2012). Qui ci concentreremo principalmente sul fenomeno di NEET nel contesto europeo e italiano.

L'Eurofound (2012) ha descritto i NEET come "persone solitamente di età compresa tra i 15 e i 24 anni che, indipendentemente dal loro livello di istruzione, sono disimpegnate sia dal lavoro che dall'istruzione e sono quindi a maggior rischio di esclusione dal mercato del lavoro e dalla società". Una definizione analoga è stata data dall'Eurostat (2020), dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL) (2013), le quali calcolano il tasso di NEET come la percentuale di persone in una specifica fascia d'età che non sono impiegate e non stanno seguendo ulteriori percorsi di istruzione o formazione. Queste organizzazioni considerano solitamente una fascia d'età più ampia, che va dai 15 ai 34 anni. Includere le persone fino a 34 anni è più adeguato per poter tenere conto delle difficoltà legate alla transizione dal sistema educativo al mondo del lavoro, un processo che in paesi con tassi elevati di disoccupazione giovanile può protrarsi a lungo nel tempo (Quintano et al., 2018). La Rilevazione sulle Forze di Lavoro dell'UE indica il tasso di giovani NEET come la

percentuale di giovani né occupati né inseriti in percorsi di istruzione e formazione nelle quattro settimane precedenti l'indagine (Eurostat, 2020).

Il fatto di non studiare e di essere disoccupati ha in genere le sue radici nelle carenze di risorse durante l'infanzia, nello specifico in circostanze familiari svantaggiate con valori che non attribuiscono importanza al successo accademico (Nerli Ballati e Di Paola, 2017). In fasi successive della vita, i giovani che mancano di sostegno per gestire la transazione dalla scuola al mondo del lavoro sono particolarmente esposti al rischio di esclusione sociale e di diventare NEET (Bynner e Parsons, 2002). Le caratteristiche individuali e familiari sembrano quindi interagire con i fattori socioeconomici nell'influenzare la probabilità di diventare NEET e le opportunità di inserirsi nel mercato del lavoro (Caroleo et al., 2020). Inoltre, la prolungata inattività dei NEET dal mondo lavorativo può complicare ulteriormente il loro inserimento o reinserimento, aumentando così il rischio di disoccupazione a lungo termine, retribuzioni più basse e la dipendenza da programmi di sostegno sociale (Amendola, 2022). Tuttavia, è importante notare che il concetto di NEET non si riferisce a un gruppo omogeneo di persone (Brunetti e Ferri, 2018). Va effettuata una prima distinzione all'interno del gruppo di NEET tra i giovani "disoccupati" e quelli "inattivi" (Quintano et al., 2018). La categoria dei disoccupati include coloro che sono attivamente alla ricerca di lavoro, ma non riescono a trovarne uno. Dall'altra parte la categoria degli inattivi è a sua volta divisa in due e comprende: giovani che si dichiarano disponibili a lavorare, nonostante non siano attivamente in cerca di lavoro e giovani che sono in cerca di lavoro, ma non sono immediatamente pronti a lavorare (sottogruppo NEET con potenziale forza lavoro); giovani che non cercano lavoro e non sono disponibili a lavorare (sottogruppo NEET non disponibile). Il gruppo dei NEET inattivi comprende individui con motivazioni diverse per la loro inattività, tra cui giovani madri impegnate con l'accudimento dei figli e giovani con pensione di invalidità o che non sono in grado di lavorare (Amendola, 2022).

Pertanto, all'interno della categorizzazione NEET sono presenti persone con caratteristiche, esperienze e necessità molto diverse (Yates e Payne, 2006). Nonostante le differenze i giovani NEET potrebbero condividere difficoltà simili nel processo di transazione dall'adolescenza all'età adulta ed essere a rischio di conseguenze negative nella loro vita futura. Le ripercussioni possono essere il mantenimento della condizione di NEET, uno

studio mostra come il 20-30% di NEET in adolescenza rimangano NEET anche dopo un follow up di 5-8 anni (Gutierrez-Garcia et al., 2017), la disoccupazione, l'insoddisfazione personale, problemi di adattamento e la mancanza di un senso di controllo sulla propria situazione (Baggio et al., 2015).

### ***2.3.1 Fattori di rischio e conseguenze dell'essere NEET***

In generale, c'è un accordo ragionevole sulla gamma di fattori sociali, economici e personali che aumentano le probabilità di un individuo di diventare NEET (Eurofound, 2012). Solitamente lo status di NEET è il risultato di una complessa interazione di fattori istituzionali, strutturali e individuali (Bynner, 2005).

È fondamentale comprendere i fattori di rischio poiché lo status di NEET è associato a una serie di conseguenze negative sia a breve che a lungo termine. Queste possono manifestarsi in termini finanziari, sociali e di salute fisica e mentale. Essere classificati come NEET non rappresenta solo un problema personale, ma costituisce una sfida per l'intera società, soprattutto data l'ampia popolazione NEET attuale (Eurofound, 2012).

La letteratura suggerisce che ci siano due principali fattori di rischio associati alla condizione di NEET: lo svantaggio e la disaffezione. Il fattore svantaggio può essere all'interno di molti ambiti, ad esempio quello educativo causato solitamente da altri fattori sociali come la situazione familiare, l'ambiente scolastico e le caratteristiche personali. La disaffezione invece riguarda gli atteggiamenti dei giovani nei confronti dell'istruzione e della scolarizzazione in particolare, come manifestato nell'assenteismo o comportamenti che portano all'esclusione sociale (Eurofound, 2012). Secondo la Social Exclusion Unit inglese sembra esserci una chiara correlazione tra lo svantaggio educativo e la disaffezione tra i minori di 16 anni e il successivo disimpegno nello studio e nel lavoro (Social Exclusion Unit, 1999).

Sia lo svantaggio educativo che la disaffezione sono influenzati da una serie di fattori di base che includono le condizioni familiari svantaggiate, la povertà, la disoccupazione dei genitori, la residenza in aree rurali e ad alto tasso di disoccupazione, l'appartenenza a gruppi etnici minoritari, la presenza di malattie croniche, disabilità o bisogni educativi (Coles et al., 2002). Studi come quello di Bynner e Parsons (2002) individuano il background socioeconomico

familiare, ovvero la classe sociale, l'istruzione dei genitori, l'interesse dei genitori per l'istruzione dei figli, la zona di residenza e il livello di istruzione dei giovani, come forti predittori dello status di NEET in età adulta.

La ricerca esistente pone notevole enfasi sul contesto familiare e sulle caratteristiche individuali come determinanti nello sviluppo di una situazione di NEET (Stoneman e Thiel, 2010). A livello individuale, alcune delle caratteristiche sovrarappresentate tra la popolazione NEET includono: risultati accademici scadenti (Coles et al., 2002; Meadows, 2001); gravidanze in adolescenza e genitorialità singola (Cusworth et al., 2009; Morash e Rucker, 1989); bisogni educativi speciali e difficoltà di apprendimento (Cassen e Kingdon, 2007; Social Exclusion Task Force, 2008); problemi di salute fisica e mentale (Meadows et al., 2001); coinvolgimento in attività criminali o illegali, abuso di alcol e droghe (Coles et al., 2002); bassa fiducia nelle istituzioni; scarsa partecipazione e interesse della politica; bassa motivazione e aspirazioni, mancanza di fiducia, senso di fatalismo e bassa autostima (Strelitz, 2003). In particolare, l'abuso di sostanze ha un impatto negativo sulla vita dei giovani, comportando difficoltà nel trovare e mantenere un lavoro e causando problemi di salute, malattie e persino decessi prematuri (Eurofound, 2012; Fergusson et al., 2001; Mossakowski, 2008). A livello familiare, le caratteristiche comuni tra i NEET sono: difficoltà economiche e disoccupazione dei genitori (Cusworth et al., 2009; Meadows, 2001; Strelitz, 2003); genitori divorziati; famiglie numerose (Dolton et al., 1999; Meadows, 2001); sovraffollamento e alloggi di scarsa qualità (Strelitz, 2003; West e Farrington, 1973). L'istruzione risulta essere la variabile più importante e con l'effetto più forte nell'influenzare la probabilità di essere NEET, sia a livello individuale che familiare (Eurofound, 2012).

Tuttavia, è importante sottolineare che spesso non è semplice distinguere tra i fattori che causano o contribuiscono allo status di NEET e quelli che sono semplicemente correlati all'essere NEET (come nel caso dell'hikikomori) (Farrington e Welsh, 2007). I NEET spesso presentano molteplici svantaggi e fattori di rischio contemporaneamente, rendendo difficile l'individuazione dei fattori principali che determinano questo stato (Eurofound, 2012).

Una volta esaminate le caratteristiche e i fattori di rischio associati alla condizione di NEET, è fondamentale concentrarsi sulle conseguenze che un individuo può affrontare durante il periodo in cui è NEET e successivamente.

È noto come vivere una situazione di NEET rappresenta prima di tutto una perdita del potenziale dei giovani (Bynner e Parsons, 2002; Coles et al., 2002; Pemberton, 2008). Ricerche suggeriscono che trascorrere del tempo come NEET in giovane età può avere effetti a lungo termine, spesso definiti come “cicatrici” (OCSE, 2010). Questi segni possono avere impatti negativi sul futuro occupazionale e sugli stipendi, oltre a influire negativamente sulla salute fisica e mentale. Possono portare a relazioni difficili, abuso di sostanze, coinvolgimento in attività criminali e isolamento dalla vita sociale. Inoltre, queste conseguenze influiscono significativamente non solo sulla vita del giovane, ma anche sulla sua famiglia e sulla società nel suo complesso (Eurofound, 2012). Dato che le conseguenze comportano costi, l’essere NEET non rappresenta solo uno spreco del potenziale, ma è un problema che coinvolge l’intera società interessata (Mascherini et al., 2012).

I giovani non impegnati in lavoro, istruzione o formazione rappresentano un ostacolo alla crescita economica, poiché influiscono negativamente sulla produttività e sulla competitività del paese, soprattutto quando la condizione si protrae a lungo. Essi sono ad altro rischio di povertà ed esclusione sociale in quanto non riescono a sviluppare abilità e competenze, diminuendo così il loro valore sociale. Oltretutto, in un’epoca di esponenziale invecchiamento della popolazione costituiscono un ostacolo al mantenimento dell’equilibrio del sistema di welfare (Quintano et al., 2018).

Dal punto di vista psicologico l’argomento sta diventando sempre più studiato e c’è una crescente consapevolezza riguardo al modo in cui la transizione dal mondo scolastico a quello lavorativo possa influenzare lo sviluppo dell’identità individuale (Eurofound, 2012). Per quanto siano riconosciuti i potenziali benefici derivanti dal prendersi un periodo di pausa, specialmente nel caso si disponga delle risorse necessarie per farlo costruttivamente, Côté (2000) sottolinea come il ritardo nell’entrata della fase adulta può comportare emarginazione e dipendenza. Spesso i giovani in questa situazione non riescono a stabilire una direzione chiara della propria vita e possono diventare confusi riguardo alle scelte a loro disposizione. In un contesto del genere la disoccupazione giovanile non ha impatti negativi solo sotto il punto di vista economico, ma genera anche disagio psicologico, sentimenti di solitudine, impotenza, inquietudine, ansia e depressione (Creed e Reynolds, 2001; Hammer, 2000; Furnham, 1994). Becker (1989) evidenzia come la maggior parte dei giovani disoccupati

sperimenti varie forme di disagio psicologico e possa reagire alla propria situazione in quattro modi differenti: disorientamento, comprendendo sentimenti di mancanza di uno scopo, inutilità e isolamento sociale; sviluppo di disturbi di salute, i quali accentuano il senso di isolamento; preoccupazione finanziaria; dipendenza dalla capacità di percepire un reddito senza dover lavorare per ottenerlo.

Essere categorizzati come NEET però non riguarda solo una questione di disoccupazione. Può anche derivare dal disimpegno dall'istruzione e dalla formazione professionale. Coloro che non riescono a mantenere una posizione all'interno del sistema educativo o nel mercato del lavoro non possono accumulare il capitale sociale e umano necessario per lo sviluppo della persona. Essere NEET, come descritto, è spesso associato a comportamenti rischiosi che possono contribuire ulteriormente all'esclusione sociale (Eurofound, 2012). Oltre alle conseguenze individuali, la disoccupazione di un genitore può influenzare negativamente gli esiti e le prospettive dei figli ed avere implicazioni per la società nel suo complesso (Chevalier, 2004; Oreopulous et al., 2003)

### ***2.3.2 Il contesto italiano***

Secondo quanto riportato nel 2011 dal Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL), in Italia il fenomeno pare essere concentrato soprattutto nella fascia di età compresa tra i 25 e i 30 anni, in cui i giovani NEET rappresentano 28,8% della popolazione totale (Ortoncelli, 2011). Nel 2013 l'ISTAT ha riportato che il 26% dei giovani tra i 15 e i 29 anni risultava non impegnato in studi o lavoro, il secondo valore più elevato nell'Unione Europea dopo la Grecia (28,9%), tre volte superiore alla Germania (8,7%) e quasi il doppio rispetto alla Francia (13,8%) (ANSA, 2015). Nel 2016 l'OCSE ha stimato che in Italia i NEET rappresentano oltre un terzo dei giovani tra i 20 e i 24 anni e dal 2005 al 2015 la loro percentuale è aumentata in misura superiore rispetto agli altri paesi membri, registrando un incremento di dieci punti. Secondo il rapporto del 2017 sulla povertà ed esclusione sociale della Caritas italiana, il 26% dei giovani compresi tra i 15 e i 34 anni risultava essere al di fuori del sistema educativo e lavorativo (ANSA, 2017).

Attualmente il fenomeno sembra essere diffuso in tutto il territorio italiano. Uno studio condotto da Quintano e colleghi (2018) ha mostrato le disparità nel tasso di giovani NEET,

di età compresa tra 15 e 34 anni, tra il Centro-Nord e il Sud e Isole. I risultati indicano che nelle regioni del Sud e delle Isole la quantità di giovani che lasciano la scuola presto e il tasso di disoccupazione sono maggiori, mentre il livello di educazione è minore. Il Sud Italia presenta le percentuali più elevate di NEET, ma è interessante notare come le fasce di età più anziane sono maggiormente coinvolte nel fenomeno, suggerendo che in questo territorio il periodo di transizione dal sistema educativo al mondo del lavoro tende ad essere più prolungato (Quintano et al., 2018). Al Sud un giovane su due è classificato come NEET, mentre nelle regioni del Centro-Nord solo uno su quattro appartiene a questo gruppo. Per quanto riguarda la differenza tra uomini e donne, lo studio riporta una percentuale maggiore di donne nella popolazione NEET (63% donne e 37% uomini) (Quintano et al., 2018).

Tuttavia, un confronto tra i dati del 2005 e quelli del 2015 mostra che l'aumento è stato più significativo per gli uomini (8,61%) rispetto alle donne (2,96%). Inoltre, analizzando le variazioni in base alle diverse circoscrizioni territoriali si nota che, per quanto riguarda gli uomini, gli aumenti più pronunciati hanno coinvolto i residenti nel Mezzogiorno, accentuando ulteriormente il divario territoriale. Per le donne, invece, gli incrementi più significativi sono stati registrati tra le residenti nel Centro-Nord, mentre al Sud la percentuale è rimasta praticamente invariata (Quintano et al., 2018).

In sintesi, lo studio evidenzia come, indipendentemente dal livello di istruzione e dall'indirizzo di studio, la percentuale di giovani NEET è più elevata tra le donne, i residenti del Sud e delle Isole e gli immigrati. Questi gruppi sono svantaggiati da diversi fattori, tra cui condizioni economiche sfavorevoli nel Sud Italia, dove i tassi di disoccupazione giovanile sono notevolmente alti, stereotipi di genere e discriminazione. Vi sono anche fattori esterni che influenzano significativamente i risultati. Alcuni di essi sono collegati alla mancanza di servizi adeguati all'assistenza di anziani e bambini, con un impatto particolarmente negativo sulle donne che spesso ricoprono il ruolo di caregiver principale. Inoltre, la diffusione dell'economia sommersa, diffusa soprattutto tra migranti e residenti del Sud e delle Isole, contribuisce alla complessa situazione (Quintano et al., 2018).

Un ulteriore studio svolto sulla popolazione italiana, condotto da Amendola (2022), esplora le tendenze dei tassi di giovani NEET (15-24 anni) in base al genere e ai sottogruppi NEET (disoccupati, inattivi con potenziale forza lavoro e inattivi non disponibili) tra il 2004 e il

2019. I risultati della ricerca hanno rivelato un modello chiaro e coerente tra i due sessi. Il tasso di NEET è rimasto stabile o in leggera diminuzione fino al 2007 per poi aumentare drasticamente tra il 2008 e il 2014, in concomitanza con la crisi economica, e successivamente diminuire nuovamente. Le tendenze per il gruppo dei NEET disoccupati hanno seguito abbastanza regolarmente quelle del gruppo NEET complessivo: il tasso è diminuito fino al 2007, successivamente è aumentato fino al 2014 ed è poi diminuito fino al 2019, sia per i maschi che per le femmine (Amendola, 2022). Tuttavia, i risultati dello studio hanno evidenziato delle differenze nelle tendenze dei tassi di giovani NEET tra i sottogruppi. In particolare, i tassi del sottogruppo con potenziale forza lavoro sono aumentati costantemente fino al 2012 nei maschi e fino al 2014 nelle femmine, per poi diminuire in entrambi i casi. Il tasso dei gruppi NEET non disponibili invece è rimasto sempre stabile per le donne, mentre è emerso un aumento costante per gli uomini durante tutto il periodo preso in considerazione. Gli esiti prodotti hanno evidenziato come la crisi finanziaria del 2008 e successivamente le politiche relative all'istruzione, con la legge "Buona Scuola" (legge 183/2014) e al mercato del lavoro, con il piano europeo "Garanzia Giovani" (Commissione Europea, 2014) e la legge "Jobs Act" (legge 107/2015), attuate tra il 2014 e il 2015 hanno coinciso con i significativi cambiamenti nelle tendenze del tasso di giovani NEET (Amendola, 2022).

Gli studi analizzati sono importanti per la comprensione del fenomeno nei giovani italiani e per far luce sulla necessità di identificare e sostenere al meglio i NEET. Il prolungato stato di NEET è inevitabilmente associato a una mancanza di basi solide per la possibilità di assunzione, poiché il distacco dal mercato del lavoro, dall'istruzione e dalla formazione porta a una carenza di esperienze lavorative e competenze professionali (Amendola, 2022). Concentrarsi in modo più dettagliato sui vari sottogruppi potrebbe consentire lo sviluppo di politiche di sostegno sociale su misura, che tengano conto delle specifiche caratteristiche e necessità di ciascun gruppo (Furlong, 2006; Lunsing, 2007). Ciò creerebbe la necessità di investimenti in infrastrutture sociali, educative e formative che mantengano aperte le opportunità per entrare nel mondo del lavoro (Bynner e Parsons, 2002), garantendo una maggiore attenzione alla salute mentale dei NEET. In linea con quanto suggerito da Maguire (2015), potrebbero essere implementate strategie di reinserimento mirate ai gruppi di NEET

più isolati, un esempio di queste è la terapia videoludica. La terapia con i videogiochi, infatti, potrebbe, tra le altre cose, permettere all'individuo di ritrovare una consapevolezza di sé stesso e del proprio ruolo all'interno della società, grazie alla correlazione tra il suo stile di vita reale e quello all'interno del videogioco, di sviluppare soft skills e abilità sociali fondamentali per il lavoro (capacità decisionali, di risoluzione dei problemi, di pianificazione, cooperazione, strategie di coping, ecc..) e di acquisire una maggiore motivazione nel raggiungimento degli obiettivi di vita preposti.

Il successivo capitolo descriverà lo studio empirico effettuato utilizzando il protocollo di Video Game Therapy®

## **CAPITOLO 3 - STUDIO EMPIRICO**

In questo capitolo verrà presentato lo studio a caso singolo condotto utilizzando l'approccio terapeutico integrato della Video Game Therapy®, nel contesto del progetto OltreLoSchermo (OLS), promosso dalle Associazioni “LiberaMente”, “Aperta Parentesi” e “Club APS” all'interno del bando Giovani SMART (SportMusicaARTE) di Regione Lombardia.

Il progetto mira a contrastare e prevenire i fenomeni di disagio giovanile concentrandosi sulla promozione e il supporto di percorsi di crescita, partecipazione e inclusione sociale per giovani residenti nelle zone periferiche di Brescia e Bergamo, due città che hanno subito un impatto significativo dalla pandemia di COVID-19 e sono caratterizzate da un alto tasso di spopolamento e da un invecchiamento della popolazione. Questi fattori possono contribuire al disagio giovanile, alla mancanza di opportunità e alla perdita di legami sociali.

Il progetto ha l'obiettivo di invertire questa tendenza, offrendo ai giovani opportunità di crescita personale, coinvolgimento nella comunità e accesso a risorse che possono migliorare la loro qualità di vita. Sono utilizzati strumenti innovativi di welfare territoriale che includono programmi di formazione, attività culturali e artistiche, attività sportive e servizi di supporto psicologico, permettendo ai partecipanti di sviluppare le proprie abilità, interessi e reti sociali, migliorando così il loro benessere complessivo.

Di seguito saranno descritti gli obiettivi e le ipotesi iniziali dello studio, la metodologia utilizzata nello svolgimento del processo, tra cui i test e gli strumenti somministrati, il campionamento dei partecipanti e l'apposito protocollo sviluppato. Successivamente verranno presentate le analisi statistiche eseguite, i relativi risultati osservati e la discussione di essi. Infine, saranno esposti i principali punti di forza, le limitazioni dello studio e dei temi di interesse per successivi studi sull'argomento in questione.

### **3.1 Obiettivi e ipotesi**

L'obiettivo principale dello studio è quello di verificare l'efficacia e l'usabilità dell'approccio terapeutico integrato della Video Game Therapy®, osservando come e in che misura variano determinati aspetti dei partecipanti, quali la percezione, l'espressione e la gestione delle emozioni proprie e altrui, i sentimenti di inferiorità e di percezione sociale, la concentrazione e i processi mentali relativi ad attenzione, risoluzione dei problemi, pensiero critico, capacità

decisionali, comunicazione efficace e cooperazione. Un miglioramento di questi elementi può essere raggiunto promuovendo una maggiore relazione, anche emotiva, con l'altro, favorendo processi empatici attraverso l'attivazione della sfera emozionale ed affettiva dei partecipanti, promuovendo l'alfabetizzazione emotiva attraverso l'attivazione di una maggiore consapevolezza ed infine incoraggiando la consapevolezza delle proprie emozioni e della loro gestione.

Le aspettative, a seguito del percorso di Video Game Therapy®, sono quelle di un miglioramento in positivo negli aspetti studiati e di una maggiore naturalezza e spontaneità in ambito sociale da parte dei partecipanti che li porti a una maggiore attività sociale anche al di fuori del progetto in cui sono inseriti.

### **3.2 Metodo**

Lo studio è stato condotto all'interno dell'HUB territoriale di Costa Volpino (BG), coordinato dal sociologo dott. Maurizio Salvetti, nel periodo tra Marzo 2023 e Luglio 2023.

#### **3.2.1 Partecipanti**

Il campione preso in considerazione è composto da soggetti di età compresa tra i 17 e i 30 anni che presentano problematiche di isolamento sociale e difficoltà relazionali più o meno accentuate, residenti nello stesso comune o in comuni adiacenti alla sede sperimentale, iscritti volontariamente al progetto di Video Game Therapy® presente all'interno del progetto OLS. I partecipanti hanno firmato un consenso informato, che permette il trattamento e la pubblicazione in forma anonima dei loro dati.

Il criterio di inclusione per lo studio è stato il punteggio ottenuto nella versione italiana dell'Hikikomori Questionnaire-25 (HQ-25) (Amendola et al., 2022). Si tratta di un questionario autosomministrato utilizzato per valutare l'intensità dei sintomi di hikikomori, una forma grave di ritiro sociale (vedi Capitolo 2, paragrafo 2.2), nei sei mesi precedenti la somministrazione. L'HQ-25 è basato su una scala Likert a 5 passi (da 0 = "fortemente in disaccordo" a 4 = "fortemente d'accordo"), ha un punteggio compreso tra 0 e 100 con valori più alti che indicano una sintomatologia più elevata e un cutoff di 42 che discrimina tra individui a rischio e non a rischio di hikikomori (Amendola et al., 2022).

Sono stati esclusi dallo studio soggetti con una diagnosi di disturbo dello spettro autistico, attualmente sottoposti a terapie psicofarmacologiche e con difficoltà in ambito linguistico (lettura, comprensione, articolazione, espressione e scrittura). Questi criteri di esclusione sono stati posti in quanto l'appartenenza allo spettro autistico e gli effetti degli psicofarmaci potrebbero alterare le risposte date ai test somministrati e i relativi risultati, mentre una scarsa comprensione della lingua italiana non permette al soggetto di comprendere a pieno le indicazioni per lo svolgimento dei test e i rispettivi item al loro interno.

Da un pool di 12 partecipanti sono stati scelti due soggetti di 18 anni, A. e L., che rientravano nei criteri di inclusione. I due soggetti, rispettivamente, hanno ottenuto un punteggio di 49 e 44 nell'HQ-25. Per le sessioni di Video Game Therapy® sono consigliati due partecipanti in modo da rendere più efficace la procedura (vedi paragrafo 1.3). In particolare, una seduta in coppia permette un maggiore sviluppo delle competenze di cooperazione e di interazione reciproca.

Ai fini dello studio a caso singolo sono stati presi in considerazione i dati relativi a un solo soggetto. A. è un ragazzo di origini sudamericane trasferitosi in Italia nel 2021 che all'inizio del percorso risultava essere NEET, non andava a scuola e non aveva un lavoro.

### ***3.2.2 Strumenti utilizzati: scale e questionari***

Durante lo studio sono stati utilizzati diversi strumenti psicologici, come test e questionari, perlopiù autosomministrati. Due questionari sono stati somministrati in due diversi momenti, all'inizio del percorso, prima della seduta iniziale, e alla fine in una seduta post intervento. Gli strumenti in questione sono:

- Symptom Checklist-90 (SCL-90) (Derogatis, 1986): il test SCL-90 è un questionario autosomministrato composto da 90 item su scala Likert a 5 passi. Il test presenta item su disturbi eventualmente provati nel corso dell'ultima settimana; il soggetto fornisce una valutazione da 0 (per niente) a 4 (moltissimo). Il questionario è stato sviluppato allo scopo di fornire una misura standardizzata dello stato psicologico e psicopatologico attuale del paziente. Sono indagate dieci dimensioni sintomatologiche principali e per ognuna di esse il punteggio relativo è calcolato in base alla media delle risposte date. Si considerano di interesse i punteggi medi uguali

o maggiori a 1.00. Viene inoltre calcolato un indice globale (Global Index Score; GSI) come punteggio medio di tutte le domande con risposta del test. Le dieci dimensioni sintomatologiche sono: Somatizzazione (SOM) (es. “Sensazione di svenimento o di vertigini”); Ossessione-Compulsione (O-C) (es. “Incapacità a scacciare pensieri, parole o idee indesiderate”); Sensibilità Interpersonale (INT) (es. “Sentirti intimidito nei confronti dell’altro sesso”); Depressione (DEP) (es. “Perdita dell’interesse o del piacere sessuale”); Ansia (ANX) (es. “Nervosismo o agitazione interna”); Ostilità (HOS) (es. “Scatti d’ira incontrollabili”); Ansia fobica (PHOB) (es. “Paura degli spazi aperti o delle strade”); Ideazione paranoide (PAR) (es. “Convinzione che gli altri siano responsabili dei tuoi disturbi”); Psicoticismo (PSY) (es. “Convinzione che gli altri possano controllare i tuoi pensieri”); Disturbi del sonno (SLEEP) (es. “Sonno inquieto o disturbato”).

- Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Taylor et al., 1992): la TAS-20 è una scala autosomministrata basata su scala Likert a 5 passi (1 = “per niente d’accordo, 5 = “completamente d’accordo”) composta da 20 item che misura il livello di alessitimia. L’alessitimia, o analfabetismo emotivo, è un costrutto psicologico che descrive una condizione di ridotta consapevolezza emotiva, ovvero l’incapacità sia di riconoscere sia di descrivere verbalmente i propri stati emotivi e quelli degli altri. Nella valutazione dei dati, oltre a informazioni relative alla somma totale dei singoli punteggi di ogni item, è possibile calcolare i punteggi che si richiamano agli item delle tre dimensioni che definiscono il costrutto dell’alessitimia: Difficoltà nell’identificare i sentimenti (es. “Spesso sono confuso circa le emozioni che provo”); Difficoltà nel comunicare i sentimenti (es. “Mi è difficile trovare le parole giuste per esprimere i miei sentimenti”); Pensiero orientato all’esterno (pensiero operatorio) (es. “Preferisco lasciare che le cose seguano il loro corso piuttosto che capire perché sono andate in quel modo”). Il cutoff che indica una possibile presenza di alessitimia è di 52 punti.

Altri strumenti sono stati somministrati in tre diversi momenti, all’inizio del percorso, prima della seduta iniziale, a metà percorso e alla fine in una seduta post intervento:

- Emotional Intelligence Scale (EIS) (Schutte et al., 1998): l'EIS è un questionario autosomministrato su scala Likert a 5 passi (1 = “fortemente in disaccordo”, 5 = “fortemente d'accordo”) formato da 33 item utilizzato per misurare l'intelligenza emotiva generale. Questa viene descritta come la capacità di un individuo di riconoscere, discriminare, etichettare nel modo corretto e gestire le proprie emozioni e quelle altrui allo scopo di raggiungere determinati obiettivi. La scala è composta da quattro sottoscale che misurano: valutazione ed espressione delle emozioni in sé e negli altri (es. “So quando è il momento di parlare dei miei problemi personali agli altri”); regolazione delle emozioni in sé e negli altri (es. “Quando provo un'emozione positiva so come farla durare”); utilizzo delle emozioni nella risoluzione dei problemi (es. “Quando incontro degli ostacoli mi ricordo delle situazioni in cui mi sono imbattuto in ostacoli simili e sono riuscito a superarli”). Il costrutto viene valutato sommando i punteggi di tutte le domande con risposta.
- Metacognitions Questionnaire (MCQ-30) (Quattropani et al., 2015): l'MCQ-30 è una versione abbreviata, di 30 item, del MCQ originale (Cartwright-Hatton e Wells, 1997). Il questionario autosomministrato, su scala Likert a 4 passi (1 = “per nulla d'accordo”, 4 = “Completamente d'accordo”), riguarda le credenze che le persone hanno circa i loro pensieri e valuta le differenze individuali in cinque fattori importanti nel modello metacognitivo dei disturbi psicologici. Le cinque sottoscale presenti nel questionario sono: fiducia cognitiva (es. “Ho poca fiducia nella mia capacità di ricordare parole e nomi”); credenze positive riguardo l'ansia (es. “Preoccuparmi mi aiuta ad evitare problemi”); autoconsapevolezza cognitiva (es. “Rifletto molto sui miei pensieri”); credenze negative riguardo l'incapacità di controllare i pensieri e il pericolo (es. “Rischio di ammalarmi a causa delle mie costanti preoccupazioni”); necessità di controllare i pensieri (es. “Se non riesco a controllare un pensiero minaccioso che poi si avvera, potrebbe essere colpa mia”). I punteggi delle sottoscale vanno da 6 a 24 e i punteggi totali da 30 a 120 (somma dei punteggi ottenuti), con punteggi più alti che indicano livelli maggiori di metacognizione sfavorevole.

- Scala di Autoefficacia Percepita nell'Espressione delle Emozioni Positive (Caprara e Gerbino, 2001): lo strumento autosomministrato, su scala Likert a 5 passi (1 = “per nulla capace”, 5 = “del tutto capace”), è costituito da 7 item (es. “Esprimere la mia felicità quando mi succede qualcosa di bello”, “Rallegrarmi del successo di una persona amica”) e misura le convinzioni relative alla propria capacità di regolare adeguatamente le emozioni positive. La valutazione della scala è ottenuta dalla somma dei punteggi di tutte le domande con risposta.
- Scala di Autoefficacia Sociale Percepita (Caprara e Gerbino, 2001): il questionario autosomministrato, su scala Likert a 5 passi (1 = “per nulla capace”, 5 = “del tutto capace”), è costituito da 15 item (es. “Esprimere la tua opinione a un gruppo di persone che stanno discutendo di un argomento che interessa anche a te”, “Farsi degli amici in un gruppo di persone che già si conoscono tra loro”) e mira a valutare il grado in cui la persona ritiene di essere in grado di prendere l’iniziativa, rappresentare i suoi punti di vista, sentirsi a proprio agio in situazioni sociali nuove ed entrare a far parte di un gruppo. La valutazione della scala è ottenuta dalla somma dei punteggi di tutte le domande con risposta.
- Scala di Autoefficacia Empatica Percepita (Caprara e Gerbino, 2001): il questionario autosomministrato, su scala Likert a 5 passi (1 = “per nulla capace”, 5 = “del tutto capace”), è costituito da 12 item (es. “Riconoscere una richiesta di confronto e di sostegno emotivo anche quando non è esplicitamente dichiarata”, “Capire l’effetto delle tue azioni sui sentimenti degli altri”) e misura il grado in cui la persona ritiene di essere capace di mettersi nei panni degli altri, intuirne gli stati d’animo, anticiparne le richieste d’aiuto ed essere di sostegno in situazioni avverse. La valutazione della scala è ottenuta dalla somma dei punteggi di tutte le domande con risposta.

Infine, tre strumenti sono stati somministrati in ogni incontro:

- Flow State Scale (FSS) (Jackson e Marsh, 1996): la FSS è un questionario autosomministrato, su scala Likert a 5 passi (1 = “totalmente in disaccordo”, 5 = “totalmente d’accordo”), costituito da 36 item e identifica nove sottoscale che corrispondono alle nove dimensioni fondamentali del flow, come descritte da Csíkszentmihályi e Rathunde (vedi paragrafo 1.2.1). Si tratta di uno strumento volto

ad indagare la percezione dell'esperienza di flow, considerata nella sua componente situazionale. Questa, infatti, viene somministrata al paziente subito dopo la sessione di gioco iniziale di 10 minuti e dopo la sessione completa di 50 minuti. La richiesta è di rievocare la situazione specifica di prestazione ottimale, caratterizzata da un totale assorbimento nell'attività praticata e da un sentimento di profonda soddisfazione. Le nove sottoscale presenti nel questionario sono: bilanciamento sfida-abilità (es. "Sentivo molto la sfida, ma ero certo di esserne all'altezza"); connubio azione-consapevolezza (es. "Eseguivo le azioni corrette, senza pensare al modo in cui le stessi facendo"); obiettivi chiari (es. "Sapevo chiaramente cosa volevo fare"); feedback inequivocabile (es. "Ero conscio di quanto bene stessi andando"); concentrazione sul compito da svolgere (es. "La mia concentrazione era interamente focalizzata su quello che stavo facendo"); paradosso del controllo (es. "Sentivo di avere il pieno controllo delle mie azioni"); perdita di autocoscienza (es. "Ero del tutto disinteressato a ciò che gli altri avrebbero potuto pensare di me"); trasformazione del tempo (es. "Lo scorrere del tempo sembrava alterato"); esperienza autotelica (es. "Quell'esperienza mi ha veramente entusiasmato"). Ogni sottoscala viene valutata in base alla media dei punteggi di tutti gli item con risposta relativi al suo interno.

- Scheda di autovalutazione – partecipante: questa scheda, su scala Likert a 7 passi (1 = "fortemente in disaccordo", 7 = "assolutamente d'accordo"), formata da 20 item è stata sviluppata ad hoc per misurare la percezione del partecipante riguardo la sessione di gioco appena terminata. Alcune degli item presenti sono "concentrazione sul compito", "distorsione del senso del tempo", "ho sfogato le mie emozioni su soggetti o persone vicine", "capacità di analizzare le informazioni, situazioni ed esperienze in modo oggettivo", "capacità di autogestione generale".
- Scheda di osservazione – terapeuta: questa scheda, su scala Likert a 7 passi (1 = "fortemente in disaccordo", 7 = "assolutamente d'accordo"), formata da 21 item è molto simile alla scheda somministrata ai partecipanti. Differisce poiché è il terapeuta a valutare la prestazione del partecipante durante la sessione in varie aree. Gli item presenti sono gli stessi della scheda precedente, viene aggiunto però l'item "isolamento rispetto al terapeuta".

### **3.2.3 Strumenti utilizzati: videogiochi**

I videogiochi utilizzati durante le sessioni di Video Game Therapy® sono stati scelti in seguito alla compilazione da parte dei partecipanti del Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) (Myers, 1962) e di un'intervista semi-strutturata sviluppata ad hoc per il processo.

L'MBTI è un inventario di autovalutazione, composto da 94 item, progettato per identificare il tipo di personalità, i punti di forza e le preferenze del paziente. In base alle risposte alle domande dell'inventario, le persone vengono identificate come aventi uno dei 16 tipi di personalità. L'obiettivo dell'MBTI è consentire agli intervistati di esplorare e comprendere ulteriormente la propria personalità, comprese le simpatie, le antipatie, i punti di forza, le debolezze, le possibili preferenze di carriera e la compatibilità con altre persone. Lo strumento viene utilizzato all'inizio del percorso di terapia per associare il paziente al videogioco adatto. In base al modo in cui il partecipante si comporta nei confronti del mondo reale, viene abbinato il suo stile di comportamento a uno specifico tipo di videogioco che si adatta alla sua personalità.

L'intervista semi-strutturata, composta da 24 item e sviluppata specificatamente per la Video Game Therapy®, permette al terapeuta di avere un quadro generale sulla situazione presente e passata del paziente. Le domande investigano svariati ambiti. Si parte chiedendo le motivazioni per le quali il paziente è arrivato in terapia, quali sono i sintomi, quando sono comparsi, se sono cambiati col passare del tempo, l'attuale terapia farmacologica e se ci sono state terapie precedenti. Si passa poi a domande riguardanti le relazioni con la famiglia, gli amici, la scuola, come gestisce il disagio presente e, infine, vengono chiesti gli obiettivi terapeutici e come reagirebbe se la terapia avesse successo. L'intervista è utile nella scelta del videogioco in quanto permette di comprendere le aree carenti del soggetto e gli obiettivi da raggiungere tramite il percorso. A seconda delle abilità da sviluppare o recuperare possono essere utilizzate diverse tipologie di videogiochi.

I due partecipanti allo studio, A. e L., sono stati associati dal Dott. Bocci al videogioco arcade *Tetris* per quanto riguarda l'inizio della sessione (i primi 10 minuti) e ai videogiochi *Unravel 2* e *Overcooked 2* per la sessione vera e propria di gioco (50 minuti).

*Tetris* è un videogioco di logica e ragionamento pubblicato nei primi anni '80. Il videogioco è composto principalmente da un campo di gioco rettangolare in cui pezzi di diverse forme

geometriche, chiamati “tetromini”, scendono dalla sommità del campo. Mentre scendono il giocatore può spostare lateralmente i pezzi e ruotarli fino a quando non toccano il fondo del campo o un altro pezzo che era stato posizionato precedentemente. L’obiettivo del gioco è di usare i pezzi geometrici per creare delle linee orizzontali complete di blocchi. Quando una linea viene completata essa scompare e i blocchi posizionati sopra scendono di un rango. Completare le linee fornisce al giocatore dei punti che vanno accumulati per avanzare di livello. Il gioco in questione è stato scelto per la prima fase di gioco poiché può aiutare i partecipanti ad entrare in uno stato di flow più velocemente, avendo un design semplice ma fornendo allo stesso tempo una sfida.

Unravel 2 è un videogioco puzzle e platform<sup>12</sup> del 2018 giocabile sia in single player che in multiplayer, in modalità cooperativa locale. Il gioco è incentrato su due personaggi, chiamati “Yarnys”, fatti di filo da spago, controllabili dai giocatori che devono lavorare insieme per risolvere enigmi e manipolare il mondo di gioco per avanzare nei vari livelli. Il gioco contiene una trama principale, ambientata su un’isola, e dei livelli di sfida significativamente più difficili completabili per ottenere dei collezionabili (come nuovi personaggi o cosmetiche). Il videogioco si incentra principalmente sulla cooperazione, la comunicazione efficace e il problem solving dei puzzle presentati ed è stato scelto proprio per rinforzare queste competenze nei due partecipanti. Inoltre, la coinvolgente trama fondata sull’amicizia può essere utile per rafforzare le concezioni relative all’importanza delle relazioni sociali nella vita quotidiana.

Overcooked 2 è un videogioco cooperativo di simulazione di cucina pubblicato nel 2018. Il concetto del gioco è molto semplice, prevede che i giocatori (massimo quattro), immedesiati in degli chef, preparino e cucinino in modo cooperativo ordini in varie tipologie di ristoranti il più velocemente possibile. Ai giocatori vengono forniti degli ingredienti che possono raccogliere, tritare, cucinare e combinare in piatti che andranno poi serviti. I piatti che vengono serviti correttamente forniscono al giocatore dei punti e l’obiettivo del gioco è quello di accumulare un minimo di punti per avanzare di livello in

---

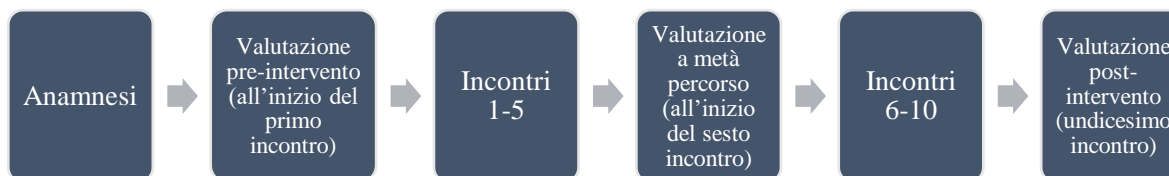
<sup>12</sup> Il videogioco platform è un sottogenere dei videogiochi d’azione dove la meccanica di gioco implica l’attraversamento di livelli costruiti da piattaforme, spesso disposte su più piani. La maggior parte di questi videogiochi ha una grafica 2D (due dimensioni), ma con l’avanzamento tecnologico delle console sono ad oggi presenti molti titoli in 3D (tre dimensioni).

livello. Il gameplay risulta frenetico e sempre più difficile con l'avanzare dei livelli. Questo videogioco è stato scelto poiché permette ai partecipanti di lavorare sulla loro collaborazione, ma soprattutto sulla gestione delle emozioni e la loro regolazione, in quanto le situazioni frenetiche e stressanti proposte mettono alla prova le capacità di autogestione e di concentrazione sull'obiettivo.

### 3.2.4 Procedura

Per questo studio è stato seguito un protocollo di Video Game Therapy®. Il protocollo è strutturato come segue: anamnesi; valutazione pre-intervento; incontri di gioco; valutazione a metà percorso; incontri di gioco; valutazione post-intervento. In tutti gli incontri di gioco, dopo 10 minuti e al termine della sessione, viene misurato lo stato di flow tramite la Flow State Scale (FSS) (Jackson e Marsh, 1996). La figura 1 presenta le varie fasi della procedura seguita.

**Figura 1.** Fasi del percorso di Video Game Therapy®.



Al momento dell'iscrizione al progetto OltreLoSchermo ai partecipanti è stata richiesta la somministrazione dell'Hikikomori Questionnaire-25 (HQ-25) (Amendola et al., 2022) e del Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) (Myers, 1962). Durante l'anamnesi, avvenuta poco dopo l'iscrizione dei partecipanti al progetto, sono stati somministrati i test Symptom Checklist-90 (SCL-90) (Derogatis, 1986), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Taylor et al., 1992) e l'intervista ad hoc semi-strutturata. Tramite l'anamnesi sono stati raccolti e analizzati i dati riguardanti la storia clinica del paziente, con l'obiettivo di arricchire il quadro delle informazioni utili a una diagnosi corretta e per arrivare alla selezione di uno o più videogiochi adeguati alle esigenze di ciascun partecipante.

Dopo aver assegnato i videogiochi ai due partecipanti presi in carico si è passati alla fase degli incontri di gioco. Nel periodo tra Marzo 2023 e Luglio 2023 sono stati svolti undici incontri da circa un'ora ciascuno. Il percorso è stato organizzato in questo modo:

- Valutazione pre-intervento (all'inizio del primo incontro). Sono stati somministrati i test di: metacognizione, Metacognitions Questionnaire (MCQ-30) (Quattropani et al., 2015); regolazione emotiva, Emotional Intelligence Scale (EIS) (Schutte et al., 1998); autoefficacia emotiva, Scala di Autoefficacia Percepita nell'Espressione delle Emozioni Positive (Caprara e Gerbino, 2001), Scala di Autoefficacia Sociale Percepita (Caprara e Gerbino, 2001) e Scala di Autoefficacia Empatica Percepita (Caprara e Gerbino, 2001).
- Incontri 1-5.
- Valutazione a metà percorso (all'inizio del sesto incontro). Sono stati somministrati nuovamente i test di: metacognizione, Metacognitions Questionnaire (MCQ-30) (Quattropani et al., 2015); regolazione emotiva, Emotional Intelligence Scale (EIS) (Schutte et al., 1998); autoefficacia emotiva, Scala di Autoefficacia Percepita nell'Espressione delle Emozioni Positive (Caprara e Gerbino, 2001), Scala di Autoefficacia Sociale Percepita (Caprara e Gerbino, 2001) e Scala di Autoefficacia Empatica Percepita (Caprara e Gerbino, 2001).
- Incontri 6-10.
- Valutazione post-intervento (undicesimo incontro). Sono stati somministrati due dei test utilizzati durante l'anamnesi e i test delle valutazioni pre-intervento e di metà percorso: Symptom Checklist-90 (SCL-90) (Derogatis, 1986); Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Taylor et al., 1992); Metacognitions Questionnaire (MCQ-30) (Quattropani et al., 2015); Emotional Intelligence Scale (EIS) (Schutte et al., 1998); Scala di Autoefficacia Percepita nell'Espressione delle Emozioni Positive (Caprara e Gerbino, 2001), Scala di Autoefficacia Sociale Percepita (Caprara e Gerbino, 2001) e Scala di Autoefficacia Empatica Percepita (Caprara e Gerbino, 2001).

La struttura degli incontri è stata organizzata come segue:

- Sessione di 10 minuti con un videogioco arcade (Tetris nel nostro caso) che permetta di entrare rapidamente in uno stato di flow. Al termine dei 10 minuti viene somministrata la Flow State Scale (FSS) (Jackson e Marsh, 1996);
- Sessione di gioco effettiva della durata di 50 minuti (Unravel 2 per i primi quattro incontri, poi Overcooked 2 per i restanti incontri). Al termine della sessione viene richiesto al partecipante di compilare nuovamente la Flow State Scale (FSS) (Jackson e Marsh, 1996) e la scheda di autovalutazione riguardo la sessione, mentre il terapeuta compila la scheda di osservazione.

Durante gli incontri i partecipanti potevano interagire liberamente tra di loro e con il terapeuta, il quale prendeva appunti riguardo i comportamenti dei giocatori e le sue sensazioni rispetto alla seduta.

### **3.3 Analisi statistiche e risultati**

In questa sezione verranno presentati i risultati delle analisi statistiche svolte alla fine del percorso terapeutico del soggetto A. Tutte le misure sono state analizzate tramite i programmi SPSS (versione 19.0.1.0) ed Excel.

Come menzionato precedentemente lo studio si è focalizzato principalmente su aspetti della metacognizione, alessitimia, autoefficacia percepita e di sintomatologia generali (es. somatizzazione, ansia, ostilità, ecc.).

Per misurare le differenze tra pre-, metà e post-intervento sono stati calcolati i punteggi grezzi degli item riportati nelle varie scale e sono stati poi standardizzati in punteggi z per effettuare un confronto con le medie dei campioni normativi di riferimento, identificate negli articoli di validazione degli strumenti. Un punteggio z fa riferimento alla distanza positiva o negativa che un dato punteggio ha rispetto alla media. Per interpretare un punteggio è necessario collocarlo in una data posizione, cioè assegnargli un posto preciso rispetto agli altri punteggi. Per fare questo in maniera precisa una strada abbastanza agevole consiste: a) nel considerare la distanza tra il vostro punteggio e la media; dividere tale distanza per la deviazione standard. Questa procedura, cioè la divisione dello scarto dalla media per la deviazione standard o scarto quadratico medio è denominata trasformazione del punteggio in punteggio standardizzato, o punteggio zeta, z. La deviazione standard è una unità di misura piuttosto

ampia, se si considera che in una distribuzione normale il 68% dei punteggi (ossia dal 16 all'84 centile) è compreso tra -1 deviazione standard e + 1 deviazione standard dalla media. La tabella 2 riporta le statistiche descrittive per il totale e le cinque sottoscale del Metacognitions Questionnaire (MCQ-30) (Quattropani et al., 2015). La tabella 3 riporta le statistiche descrittive per il totale della Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Taylor et al., 1992).

**Tabella 2.** Statistiche descrittive e affidabilità alfa per le sottoscale e il totale dell'MCQ-30.

Scale	Total sample (N = 306)	Men (n = 137)	Women (n = 169)	Alpha
CC	9.94 (3.73)	9.55 (4.11)	10.25 (3.37)	.84
POS	10.49 (3.92)	10.68 (4.27)	10.34 (3.62)	.87
CSC	16.65 (3.19)	16.79 (3.42)	16.54 (3.01)	.71
NEG	11.55 (3.97)	11.04 (3.65)	11.97 (4.17)	.79
NC	11.71 (3.26)	12.28 (3.28)	11.24 (3.17)	.71
TOT	60.34 (12.00)	60.34 (12.37)	60.35 (11.73)	.87

*Note.* CC = Cognitive confidence; POS = Positive beliefs about worry; CSC = Cognitive self-consciousness; NEG = Negative beliefs about uncontrollability and danger; NC = Need to control thoughts; TOT = Total score MCQ-30.

*No gender differences in means are significant following Bonferroni correction.*

**Tabella 3.** Media e deviazioni standard dei punteggi totali della TAS-20.

	Totale (N = 360)		Maschi (N = 195)		Femmine (N = 165)		t	p
	media	ds	media	ds	media	ds		
<b>TAS-20</b>	51.73	10.81	51.36	11.37	52.05	10.36	0.40	0,687

Per quanto riguarda la metacognizione, misurata tramite il questionario self-report MCQ-30, si notano dei miglioramenti nel punteggio totale e nelle scale di fiducia cognitiva, di autoconsapevolezza cognitiva e di credenze negative riguardo l'incapacità di controllare i pensieri e il pericolo. Nel questionario minori sono i punteggi ottenuti e maggiore è la consapevolezza rispetto alle proprie cognizioni.

Il punteggio totale di metacognizione è calato da uno score di 80 punti ( $z = 1,59$ ) all'inizio dell'intervento, a 71 punti ( $z = 0,86$ ) a metà percorso, per poi risalire a uno score finale di 74

punti ( $z = 1,10$ ). I risultati indicano come le sessioni siano state efficaci nell'aumentare la consapevolezza dei propri pensieri, soprattutto nelle prime cinque sessioni. Il punteggio ottenuto, nonostante i miglioramenti, risulta essere maggiore della media normativa di 60,34 con deviazione standard di 12,37.

**Tabella 4.** Statistiche descrittive scala totale MCQ-30.

<b>Statistiche descrittive</b>			
	N	Somma	Media
S_T1_MCQ_TOT	1	80,00	80,0000
S_T6_MCQ_TOT	1	71,00	71,0000
S_T11_MCQ_TOT	1	74,00	74,0000
Numero di casi validi (listwise)	1		

Il punteggio di fiducia cognitiva ha avuto un miglioramento costante, passando da 22 punti ( $z = 3,02$ ) nel pre-intervento, a 20 punti ( $z = 2,54$ ) a metà percorso e finendo con 19 punti ( $z = 2,29$ ) nella valutazione post-intervento. I risultati indicano un miglioramento graduale e costante della fiducia cognitiva del soggetto. Il punteggio ottenuto, nonostante i miglioramenti, risulta essere maggiore della media normativa di 9,55 con deviazione standard di 4,11.

**Tabella 5.** Statistiche descrittive scala fiducia cognitiva MCQ-30.

<b>Statistiche descrittive</b>			
	N	Somma	Media
S_T1_MCQ_CC	1	22,00	22,0000
S_T6_MCQ_CC	1	20,00	20,0000
S_T11_MCQ_CC	1	19,00	19,0000
Numero di casi validi (listwise)	1		

I punteggi di autoconsapevolezza cognitiva sono scesi da uno score iniziale di 17 punti ( $z = 0,06$ ), a uno di 13 punti ( $z = -1,10$ ) a metà percorso e di 14 punti ( $z = -0,81$ ) a fine percorso. I risultati indicano un leggero miglioramento nella propria consapevolezza cognitiva. I dati

ottenuti risultano essere inferiori rispetto alla media normativa di 16,79 con deviazione standard di 3,42.

**Tabella 6.** Statistiche descrittive scala autoconsapevolezza cognitiva MCQ-30.

<b>Statistiche descrittive</b>			
	N	Somma	Media
S_T1_MCQ_CS	1	17,00	17,0000
S_T6_MCQ_CS	1	13,00	13,0000
S_T11_MCQ_CS	1	14,00	14,0000
Numero di casi validi (listwise)	1		

L'ultimo aspetto riferito alla metacognizione che ha subito un miglioramento riguarda le credenze negative riguardo l'incapacità di controllare i pensieri e il pericolo. I punteggi hanno avuto un miglioramento costante, passando da 15 punti ( $z = 1,08$ ) all'inizio, a 12 punti ( $z = 0,26$ ) a metà percorso e finendo con uno score di 11 punti ( $z = -0,01$ ) nella valutazione post-intervento. Ciò indica una maggiore consapevolezza nel controllo e nel riconoscimento di emozioni e pensieri negativi, oltre a una maggiore consapevolezza rispetto alle situazioni di pericolo. I risultati ottenuti sono lievemente minori rispetto alla media normativa di 11,04 con deviazione standard di 3,65.

**Tabella 7.** Statistiche descrittive scala credenze negative MCQ-30.

<b>Statistiche descrittive</b>			
	N	Somma	Media
S_T1_MCQ_NB	1	15,00	15,0000
S_T6_MCQ_NB	1	12,00	12,0000
S_T11_MCQ_NB	1	11,00	11,0000
Numero di casi validi (listwise)	1		

Per quanto riguarda il costrutto di alessitimia, misurato tramite il questionario autosomministrato TAS-20 si è notato un miglioramento nel punteggio totale, escludendo una possibilità di alessitimia o analfabetismo emotivo. Per questo strumento maggiori sono i valori ottenuti, maggiore è probabile la presenza di alessitimia.

Il punteggio totale ottenuto dalla somma degli item presenti nel questionario è diminuito nel corso della procedura, passando da 51 punti ( $z = -0,03$ ) nella valutazione pre-intervento, a 46 punti ( $z = -0,47$ ) nella valutazione post-intervento. Il punteggio risulta essere inferiore al cutoff di 52 punti, indicando un'assenza di Alessitimia. Il punteggio ottenuto risulta essere inferiore della media normativa di 51,36 con deviazione standard di 11,37.

**Tabella 8.** Statistiche descrittive scala totale TAS-20.

<b>Statistiche descrittive</b>			
	N	Somma	Media
S_T1_TAS_TOT	1	51,00	51,0000
S_T11_TAS_TOT	1	46,00	46,0000
Numero di casi validi (listwise)	1		

Passando alle misurazioni dello stato psicologico e psicopatologico del soggetto tramite l'SCL-90, utilizzando la fattorializzazione originale a 10 dimensioni (Derogatis, 1986), si nota come alla fine dell'intervento ci sia un miglioramento negli aspetti di somatizzazione e di ansia. Se invece si prende in considerazione la fattorializzazione della validazione italiana (Prunas et al., 2012), l'ansia rimane stabile mentre diminuiscono i punteggi di disturbi fisici e di disforia. Punteggi maggiori nel test indicano una situazione sintomatica peggiore nel soggetto e un punteggio maggiore di 1 nelle sottoscale è degno di nota.

Seguendo la fattorializzazione originale il punteggio di somatizzazione diminuisce da 1 nella valutazione pre-intervento, a 0,917 nella valutazione post-intervento, scendendo sotto il cutoff delineato.

**Tabella 9.** Statistiche descrittive scala somatizzazione SCL-90.

<b>Statistiche descrittive</b>			
	N	Somma	Media
M_T1_SCL_SO	1	1,00	1,0000
M_T11_SCL_SO	1	,92	,9167
Numero di casi validi (listwise)	1		

Il punteggio di ansia invece diminuisce da 0,90 nella valutazione pre-intervento, a 0,70 nella valutazione post-intervento, indicando un miglioramento rispetto a una situazione precedente non troppo preoccupante.

**Tabella 10.** Statistiche descrittive scala ansia SCL-90.

<b>Statistiche descrittive</b>			
	N	Somma	Media
M_T1_SCL_AN	1	,90	,9000
M_T11_SCL_AN	1	,70	,7000
Numero di casi validi (listwise)	1		

I valori di entrambe le scale indicano un leggero miglioramento, nel caso della somatizzazione scendendo sotto il valore cutoff di 1.

Infine, gli ultimi miglioramenti si possono notare nel questionario sull'autoefficacia percepita nell'espressione delle emozioni positive. I punteggi aumentano da 20 ( $z = -2,19$ ) nella valutazione pre-intervento, a 21 ( $z = -1,95$ ) nella valutazione a metà e post-intervento. Ciò indica un lieve miglioramento nel potenziare le emozioni positive come gioia, senso di soddisfazione, serenità, fiducia ed entusiasmo, le quali aiutano il soggetto in attività connesse con l'ambito affettivo e nel rapporto con sé stessi e con gli altri.

**Tabella 11.** Statistiche descrittive Autoefficacia percepita nell'espressione delle emozioni positive.

<b>Statistiche descrittive</b>			
	N	Somma	Media
S_T1_AEMO	1	20,00	20,0000
S_T6_AEMO	1	21,00	21,0000
S_T11_AEMO	1	21,00	21,0000
Numero di casi validi (listwise)	1		

Per quanto riguarda i restanti strumenti e scale utilizzati nello studio, i punteggi sono rimasti invariati o sono leggermente peggiorati. Questo potrebbe essere dovuto a diversi fattori, quali lo stato psicofisico del soggetto determinato da elementi al di fuori della portata del terapeuta

(es. stanchezza, noia, problematiche familiari, ecc.) e la natura self-report dei questionari utilizzati. Quest'ultimo è un aspetto fondamentale in quanto la concezione di sé del soggetto potrebbe differire, anche notevolmente, dalla sua situazione reale.

A tal proposito, molto spesso, le schede di autovalutazione compilate alla fine di ogni incontro dal soggetto avevano punteggi inferiori rispetto alle schede di osservazione compilate dal terapeuta. Esempi di queste differenze si possono notare negli item “percezione di controllo sul sé e sulla situazione”, “sfogo delle proprie emozioni su oggetti o persone vicine”, “necessità di sostegno” e “capacità di chiedere aiuto”. In questi item il soggetto riferiva il più delle volte una situazione peggiore rispetto a quella osservata dal terapeuta e ciò potrebbe essere un limite gli strumenti autosomministrati utilizzati.

Secondo la mia interpretazione, al di là dei punteggi ottenuti nelle varie scale, il soggetto, nel corso di tutto il processo terapeutico, ha avuto dei miglioramenti soprattutto per quanto riguarda la concentrazione sul compito (non veniva distratto da rumori della strada o dall'uso dello smartphone), il controllo delle proprie emozioni e lo sfogo di esse (anche in situazioni di tensione o frustrazione rimaneva per lo più composto), in particolare quelle negative o più ostili, la spontaneità e naturalezza delle interazioni sociali, sia con me che con il compagno di gioco (rispetto all'inizio del percorso parla tranquillamente e non ha vergogna a chiedere informazioni riguardo le sedute o la possibilità di spostarsi liberamente all'interno dello studio) e la capacità di autogestione generale (il soggetto verso la fine del percorso ha trovato un lavoro e riesce a gestire senza troppi problemi gli impegni lavorativi e personali).

### **3.4 Limiti e temi d'interesse per successivi studi**

L'elaborato presenta uno studio a caso singolo, ovvero un tipo di disegno sperimentale in cui non vi è un gruppo o un altro soggetto di controllo, ma dove il soggetto studiato funge da controllo di sé stesso attraverso più misure ripetute delle stesse variabili.

I single case study hanno sia vantaggi che limitazioni. Un vantaggio rispetto ad altri tipi di ricerca può essere la possibilità di valutare quanto la terapia condotta sia efficace o meno per il singolo soggetto specifico, con il suo tipo di funzionamento e problematiche. Inoltre, può essere utile per fornire sostegno a teorie psicoterapeutiche, migliorarne le tecniche e offrire informazioni su casi più rari. L'analisi di singoli casi di studio, tuttavia, è stata oggetto di una

serie di critiche e limitazioni, le più comuni delle quali riguardano le questioni interconnesse di rigore metodologico, soggettività del ricercatore, validità esterna e infine la problematica della generalizzazione (King et al., 1994; Verschuren, 2003; Yin, 2009).

Quello presentato è uno dei primi studi single case, almeno sul territorio italiano, riguardo l'utilizzo della Video Game Therapy® e le ripercussioni sulla metacognizione, la regolazione emotiva e l'autoefficacia emotiva. Questo può essere considerato sia un punto di forza sia una limitazione. È un punto di forza in quanto tratta di aspetti, ad oggi, non ancora indagati e colma una lacuna presente nella letteratura riguardo l'utilizzo dei videogiochi in ambito terapeutico, ma allo stesso tempo una limitazione poiché implica l'utilizzo di protocolli sperimentali e non ancora validati. Inoltre, non è generalizzabile essendo condotto solamente su due soggetti.

A questo proposito, una delle principali limitazioni di questo studio si può ritrovare nel campione molto ridotto su cui sono state condotte le analisi e le valutazioni. Successivi studi dovrebbero comprendere un maggior numero di partecipanti per verificare al meglio l'efficacia e la validità dello strumento della Video Game Therapy®. Inoltre, sarebbe utile e interessante una ricerca che comprende l'utilizzo di questo approccio in più aree geografiche italiane, per permettere una comprensione maggiore rispetto alle differenze territoriali, soprattutto visto l'aumento di fenomeni di isolamento sociale nella parte meridionale del paese (Quintano et al., 2018). Pensando a ricerche internazionali, un tema d'interesse per successivi studi longitudinali potrebbe essere quello di comparare l'efficacia di un approccio basato sui videogiochi in diversi paesi europei, in cui il tasso di NEET è in netto aumento (Eurofound, 2012), e successivamente tra più nazioni di continenti diversi. Ricerche simili potrebbero fornire delle informazioni più dettagliate riguardo l'utilità dei videogiochi in ambito terapeutico.

Una limitazione menzionata nel paragrafo precedente riguarda l'utilizzo di questionari self-report, i quali potrebbero portare a misurazioni negative del soggetto studiato nel caso in cui egli abbia una scarsa valutazione di sé e delle sue percezioni.

Per questo motivo sono necessari approfondimenti e ulteriori ricerche sull'argomento, partendo dai punti di forza, ma soprattutto dalle limitazioni presentate, in modo da creare una letteratura più precisa e divulgativa possibile.

## CONCLUSIONI

L'elaborato si è concentrato sull'innovativo approccio terapeutico integrato della Video Game Therapy® proposto dal Dottor Bocci nel 2019 (Bocci e Sala, 2019). Sono state analizzate le teorie fondamentali dalle quali l'autore ha preso ispirazione per sviluppare l'approccio, i costrutti psicologici e gli strumenti utilizzati durante la procedura e la struttura delle quattro fasi che si susseguono all'interno del percorso terapeutico.

Sono state enfatizzate le peculiarità che distinguono la Video Game Therapy® da altri approcci che utilizzano il videogioco come uno strumento terapeutico. Uno degli aspetti fondamentali dell'approccio analizzato risiede nella teoria della psicologia individuale di Adler (1930), dove lo sviluppo di una buona relazione terapeutica è il fulcro e l'asse portante di tutta la terapia, permettendo al terapeuta di guidare il paziente nella riorganizzazione del proprio sé e nella sua crescita futura.

Successivamente è stato presentato il concetto di isolamento sociale e sono stati approfonditi due fenomeni, Hikikomori e NEET, che stanno crescendo esponenzialmente, soprattutto sul territorio italiano e dopo la pandemia di COVID-19. L'approccio terapeutico della Video Game Therapy® si è dimostrato promettente nell'affrontare queste tipologie di fenomeni complessi, offrendo un potenziale per il miglioramento della qualità di vita dei partecipanti. Infine, è stato presentato uno studio a caso singolo condotto nell'arco di cinque mesi, da Marzo 2023 a Luglio 2023, all'interno del progetto OltreLoSchermo promosso da Regione Lombardia. Lo studio condotto ha fornito importanti indicazioni sull'efficacia e l'usabilità dello strumento Video Game Therapy® come approccio terapeutico integrato. I risultati hanno evidenziato delle variazioni in diversi aspetti del partecipante, tra cui la percezione, l'espressione e la gestione delle emozioni proprie e altrui, i sentimenti di inferiorità e la percezione sociale, la concentrazione sul compito, nonché i processi mentali relativi all'attenzione, alla risoluzione dei problemi, al pensiero critico, alle capacità decisionali, alla comunicazione efficace e alla cooperazione.

In particolare, sono stati rilevati dei miglioramenti degni di nota nelle dimensioni metacognitive di fiducia cognitiva, autoconsapevolezza cognitiva, credenze negative riguardo l'incapacità di controllare i pensieri e il senso del pericolo, nell'assenza di

alessitimia, nella diminuzione di sintomatologie quali somatizzazione, ansia, disforia e disturbi fisici. È stato inoltre riscontrato un miglioramento nella percezione e nell'espressione delle emozioni positive.

I risultati indicano che la Video Game Therapy® potrebbe costituire una risorsa preziosa per i professionisti della salute mentale e per coloro che soffrono di isolamento sociale o altre problematiche simili. Tuttavia, è fondamentale continuare a condurre ricerche sulla terapia incentrata sui videogiochi per affinare e migliorare l'efficacia degli interventi e per esplorare le potenzialità dell'approccio in una varietà di contesti.

Considerando la novità dell'argomento e la mancanza di letteratura approfondita, sono necessarie per il futuro ricerche longitudinali con un campione più ampio di partecipanti e che prendano in considerazione diverse aree geografiche, in modo da realizzare studi che validino l'efficacia dell'approccio anche da un punto di vista statistico.

In definitiva la Video Game Therapy® rappresenta un'innovativa frontiera nell'ambito della terapia e della riabilitazione, offrendo nuove prospettive per affrontare le sfide complesse legate alla salute mentale e all'isolamento sociale, contribuendo così a migliorare la vita di coloro che ne beneficiano.

## BIBLIOGRAFIA

Adler, A. (1930). Individual psychology. In C. Murchison (Ed.), *Psychologies of 1930* (pp. 395–405). Clark University Press. <https://doi.org/10.1037/11017-021>

Adler, J. M., Dunlop, W. L., Fivush, R., Lilgendahl, J. P., Lodi-Smith, J., McAdams, D. P., McLean, K. C., Pasupathi, M., & Syed, M. (2017). Research Methods for Studying Narrative Identity: A Primer. *Social Psychological and Personality Science*, 8(5), 519–527. <https://doi.org/10.1177/1948550617698202>.

Al Husni Al Keilani, M., & Delvenne, V. (2020). Use of Video Games in a Child And Adolescent Psychiatric Unit. *Psychiatria Danubina*, 32(1), 167–171.

Alexiou, A.; Schippers, M.; Oshri, I. (2012). Positive Psychology and Digital Games: The Role of Emotions and Psychological Flow in Serious Games Development. *Psychology*, 3, (12A). [10.4236/psych.2012.312A184](https://doi.org/10.4236/psych.2012.312A184).

Amendola S. (2022). Trends in rates of NEET (not in education, employment, or training) subgroups among youth aged 15 to 24 in Italy, 2004 - 2019. *Zeitschrift fur Gesundheitswissenschaften = Journal of public health*, 30(9), 2221–2229. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01484-3>.

Amendola, S., Presaghi, F., Teo, A. R., & Cerutti, R. (2022). Psychometric Properties of the Italian Version of the 25-Item Hikikomori Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13552. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph192013552>.

ANSA (2015). *Istat, pieno di Neet, peggio solo Grecia*. [https://www.ansa.it/sito/notizie/topnews/2015/02/19/istat-pieno-di-neet-peggio-solo-grecia\\_cb94fa13-0c15-4d62-8cdb-636e6f2102a9.html](https://www.ansa.it/sito/notizie/topnews/2015/02/19/istat-pieno-di-neet-peggio-solo-grecia_cb94fa13-0c15-4d62-8cdb-636e6f2102a9.html)

ANSA (2017). *Caritas: è allarme per giovani, più poveri dei genitori*. [https://www.ansa.it/sito/notizie/politica/2017/11/17/caritas-e-allarme-per-giovani-piu-poveri-dei-genitori\\_b11a2d8e-ba0d-4965-905f-7d1143d82efe.html](https://www.ansa.it/sito/notizie/politica/2017/11/17/caritas-e-allarme-per-giovani-piu-poveri-dei-genitori_b11a2d8e-ba0d-4965-905f-7d1143d82efe.html).

Arzate-Mejía, R. G., Lottenbach, Z., Schindler, V., Jawaid, A., & Mansuy, I. M. (2020). Long-Term Impact of Social Isolation and Molecular Underpinnings. *Frontiers in genetics*, 11, 589621. <https://doi.org/10.3389/fgene.2020.589621>.

- Auxier, J. W. (2018). That Dragon, Cancer Goes to Seminary: Using a Serious Video Game in Pastoral Training. *Christian Education Journal*, 15(1), 105–117. <https://doi.org/10.1177/0739891318759725>.
- Aytemiz, B., Smith, A.M. (2020). A Diagnostic Taxonomy of Failure in Videogames. *Association for Computing Machinery*, 18, 1–11. <https://doi.org/10.1145/3402942.3402979>.
- Baggio, S., Iglesias, K., Deline, S., Studer, J., Henchoz, Y., Mohler-Kuo, M., & Gmel, G. (2015). Not in Education, Employment, or Training status among young Swiss men. Longitudinal associations with mental health and substance use. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 56(2), 238–243. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.006>.
- Baniqued, P., Kranz, M., Voss, M., Lee, H., Cosman, J., Severson, J., Kramer, A. (2014). Cognitive training with casual video games: Points to consider. *Front. Psychol.*, 4, 1010. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.01010>.
- Bartle, R. (1996). Hearts, clubs, diamonds, spades: Players who suit MUDs. *Journal of MUD Research*, 1, 19.
- Bean, A. (2020). *Integrating Geek Culture into Therapeutic Practice: The Clinician's Guide to Geek Therapy*. Leyline Publishing.
- Bean, A.M. (2018). *Working with Video Gamers and Games in Therapy: A Clinician's Guide*. Routledge.
- Bean, D.A. (2015). Video Gamers' Personas: A Five Factor Study Exploring Personality Elements of the Video Gamer. Ph.D. Thesis, Pacifica Graduate Institute, Summerland, CA, USA.
- Beckett, S. (1983). *Worstward Ho*. Grove Press.
- Beller, J., & Wagner, A. (2018). Loneliness, social isolation, their synergistic interaction, and mortality. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 37(9), 808–813. <https://doi.org/10.1037/hea0000605>.
- Benedetti, W. (2010). Video Games Get Real and Grow up. *NBCNews*. <https://www.nbcnews.com/id/wbna36968970>.
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of epidemiology*, 109(2), 186–204. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112674>.

- Berne E. (1976). *A Layman's Guide to Psychiatry and Psychoanalysis*. Mass Market Paperback.
- Bernhaupt, R. (2011). User Experience Evaluation in Entertainment and Games. In: Campos, P., Graham, N., Jorge, J., Nunes, N., Palanque, P., Winckler, M. (eds) Human-Computer Interaction – INTERACT 2011. INTERACT 2011. Lecture Notes in Computer Science, vol 6949. Springer, Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-23768-3\\_130](https://doi.org/10.1007/978-3-642-23768-3_130).
- Best J. R. (2013). Exergaming in Youth: Effects on Physical and Cognitive Health. *Zeitschrift für Psychologie*, 221(2), 72–78. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000137>.
- Biordi, D. L., Nicholson, N.R. (2013). Social isolation. In I. M. Lubkin and P.D. Larsen (Eds.), *Chronic illness: Impact and intervention* (pp. 85–115). Jones and Bartlett.
- Blazer D. G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American journal of epidemiology*, 115(5), 684–694. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113351>.
- Boamah S.A, Weldrick R, Lee T.J, Taylor N (2021). Social Isolation Among Older Adults in Long-Term Care: A Scoping Review. *Journal of Aging and Health*, 33 (7–8), 618–632. [10.1177/08982643211004174](https://doi.org/10.1177/08982643211004174).
- Bocci F, Ferrari A, Sarini M. (2023). Putting the Gaming Experience at the Center of the Therapy—The Video Game Therapy® Approach. *Healthcare*, 11(12), 1767. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121767>.
- Bocci, F., Sala, C. (2019). Il videogioco come strumento creativo e terapeutico in Psicologia Individuale; l’approccio della Video Game Therapy. *Rivista Psicologia Individuale*, 86, 53-65.
- Bollas, C. (2008). *The Evocative Object World*. Taylor & Francis.
- Botella, C., Serrano, B., Baños, R. M., & Garcia-Palacios, A. (2015). Virtual reality exposure-based therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review of its efficacy, the adequacy of the treatment protocol, and its acceptability. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 2533–2545. <https://doi.org/10.2147/NDT.S89542>.
- Bowker, J. C., Bowker, M. H., Santo, J. B., Ojo, A. A., Etkin, R. G., & Raja, R. (2019). Severe Social Withdrawal: Cultural Variation in Past Hikikomori Experiences of University Students in Nigeria, Singapore, and the United States. *The Journal of genetic psychology*, 180(4-5), 217–230. <https://doi.org/10.1080/00221325.2019.1633618>.

Breuer, J., & Freud, S. (1895). *Studies on Hysteria*. Hogarth Press.

Brewer, M. B. (2005). The psychological impact of social isolation: Discussion and commentary. In K. D. Williams, J.P. Fogas, and W. Hippell (Eds.), *The social outcast: Ostracism, social exclusion, rejection and bullying*. Taylor and Francis.

Brinkhues, S., Dukers-Muijers, N. H. T. M., Hoebe, C. J. P. A., van der Kallen, C. J. H., Dagnelie, P. C., Koster, A., Henry, R. M. A., Sep, S. J. S., Schaper, N. C., Stehouwer, C. D. A., Bosma, H., Savelkoul, P. H. M., & Schram, M. T. (2017). Socially isolated individuals are more prone to have newly diagnosed and prevalent type 2 diabetes mellitus - the Maastricht study. *BMC public health*, 17(1), 955. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4948-6>.

British Columbia Ministry of Health (2004). *Social Isolation Among Seniors: An Emerging Issue*. Children's, Women's and Seniors Health Branch. [https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2004/Social\\_Isolation\\_Among\\_Seniors.pdf](https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2004/Social_Isolation_Among_Seniors.pdf).

Brunetti I., Ferri V. (2018). Essere NEET in Italia: i principali fattori di rischio. *Rivista Italiana di Economia Demografica e Statistica*, 72(2), 137-148. <https://oa.inapp.org/xmlui/handle/20.500.12916/346>.

Butler, O., Herr, K., Willmund, G., Gallinat, J., Kühn, S., Zimmermann, P. (2020). Trauma, treatment and Tetris: Video gaming increases hippocampal volume in male patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *J. Psychiatry Neurosci*, 45, 279-287. <https://doi.org/10.1503/jpn.190027>.

Bynner, J. & Parsons, S. (2002). Social exclusion and the transition from school to work: The case of young people not in education, employment. *Journal of Vocational Behaviour*, 60(2), 289-309. <https://doi.org/10.1006/jvbe.2001.1868>.

Bynner, J. (2005). Rethinking the youth phase of the life-course: the case for emerging adulthood?. *Journal of Youth Studies*, 8 (4), 367-384. <https://doi.org/10.1080/13676260500431628>.

Cacioppo JT, Hawkley LC (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46 (3), S39-52. [10.1353/pbm.2003.0049](https://doi.org/10.1353/pbm.2003.0049).

Cacioppo, J. T., Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. W.W. Norton & Company.

- Cano, J.L., Rebollar, R., Sáenz, M.J. (2000). Simulation Games in the Project Management Environment. In: Riis, J.O., Smeds, R., Van Landeghem, R. (eds), *Games in Operations Management* (pp. 113-124). The International Federation for Information Processing. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-35506-1\\_10](https://doi.org/10.1007/978-0-387-35506-1_10).
- Caprara, G. V., Gerbino, M. (2001). *La valutazione dell'autoefficacia. Costrutti e strumenti*. Erickson
- Carissoli, C., Villani, D. (2019). Can Videogames Be Used to Promote Emotional Intelligence in Teenagers? Results from EmotivaMente, a School Program. *Games for Health Journal*, 8, 407–413. <https://doi.org/10.1089/g4h.2018.0148>.
- Carlson, J., & Englar-Carlson, M. (2017). Introduction. In J. Carlson & M. Englar-Carlson, *Adlerian psychotherapy* (pp. 3–9). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000014-001>.
- Carlson, J., Watts, R. E., & Maniaci, M. (2006). *Adlerian therapy: Theory and practice*. American Psychological Association.
- Caroleo, F.E., Rocca, A., Mazzocchi, P. *et al.* Being NEET in Europe Before and After the Economic Crisis: An Analysis of the Micro and Macro Determinants. *Soc Indic Res* 149, 991–1024 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02270-6>.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders*, 11(3), 279–296. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(97\)00011-x](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(97)00011-x)
- Cassen, R. and Kingdon, G. (2007). *Tackling low educational achievement*. Joseph Rowntree Foundation.
- Čekrljija, Đ. Djuric, D. & Mirkovic, B. (2017). Validation of Adlerian inferiority (COMPIN) and superiority (SUCOMP) complex shortened scales. *CIVITAS*, ,7, 13-35.
- Ceranoglu, T. A. (2010). Video Games in Psychotherapy. *Review of General Psychology*, 14(2), 141–146. <https://doi.org/10.1037/a0019439>.
- Chen, P., & Hong, W. (2018). Neural Circuit Mechanisms of Social Behavior. *Neuron*, 98(1), 16–30. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2018.02.026>.

- Chevalier, A. (2004). Parental education and child's education: A natural experiment. SSRN. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.553922>
- Choy, Y., Fyer, A. J., & Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical psychology review*, 27(3), 266–286. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.002>.
- Christakis, N., Fowler, J (2009). *Connected: The surprising power of our social networks and how they shape our lives – How your friends' friends' friends affect everything you feel, think, and do*. Little, Brown and Company.
- Colder Carras, M., Kalbarczyk, A., Wells, K., Banks, J., Kowert, R., Gillespie, C., Latkin, C. (2018). Connection, meaning, and distraction: A qualitative study of video game play and mental health recovery in veterans treated for mental and/or behavioral health problems. *Social Science & Medicine*, 216, 124–132. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.08.044>.
- Colder Carras, M., Van Rooij, A.J., Spruijt-Metz, D., Kvedar, J., Griffiths, M.D., Carabas, Y., Labrique, A. (2018). Commercial Video Games as Therapy: A New Research Agenda to Unlock the Potential of a Global Pastime. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 300. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00300>.
- Coles, B., Hutton S., Bradshaw, J., Craig, G., Godfrey, C. and Johnson, J. (2002). Literature review of the costs of being 'not in education, employment or training' at age 16-18. *Research Report*, 347.
- Commissione Europea (2014). *The EU Youth Guarantee*. [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/MEMO\\_14\\_571](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/MEMO_14_571).
- Costikyan, G. (2013). *Uncertainty in Games*. MIT Press.
- Côté, J. (2000). *Arrested adulthood: The changing nature of maturity and identity*. New York University Press.
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & social care in the community*, 25(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>.
- Crawford, C. (1984). *The Art of Computer Game Design*. McGraw-Hill Osborne.
- Creed, P.A. and Reynolds, J. (2001). Economic deprivation, experiential deprivation and social loneliness in unemployed and employed youth. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11(3), 167-178. <https://doi.org/10.1002/casp.612>.

Crompton, C. J., Hallett, S., Ropar, D., Flynn, E., & Fletcher-Watson, S. (2020). 'I never realised everybody felt as happy as I do when I am around autistic people': A thematic analysis of autistic adults' relationships with autistic and neurotypical friends and family. *Autism*, 24(6), 1438–1448. <https://doi.org/10.1177/1362361320908976>.

Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety: Experiencing flow in work and play*. San Francisco: Jossey-Bass.

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. Harper & Row.

Csikszentmihalyi, M., Rathunde, K. (1992). The measurement of flow in everyday life: toward a theory of emergent motivation. *Nebraska Symposium on Motivation*, 40, 57–97.

Cusworth, L., Bradshaw, J., Coles, B., Keung, A. and Chzhen, Y. (2009). *Understanding the risks of social exclusion across the life course: Youth and young adulthood*. Social Exclusion Task Force, Cabinet Office.

Danilina, O. S. (2019). *To determine the feasibility of serious videogames for enhancing self-efficacy in self-management in people with psychosis*. Doctoral dissertation, UCL.

Davey, M. (2015). *Social isolation a key risk factor for suicide among Australian men – study*. The Guardian.

David, O. A., Costescu, C., Cardos, R., & Mogoase, C. (2020). How effective are serious games for promoting mental health and health behavioral change in children and adolescents? A systematic review and meta-analysis. In *Child & Youth Care Forum*, 49, 817-838. [10.1007/s10566-020-09566-1](https://doi.org/10.1007/s10566-020-09566-1).

De Jong Gierveld, J., van Tilburg, T., Dykstra, P.A. (2006). Loneliness and social isolation. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *Cambridge Handbook of Personal Relationships* (pp. 485–500). Cambridge University Press.

De Michele, F., Caredda, M., Delle Chiaie, R., Salviati, M., & Biondi, M. (2013). Hikikomori (ひきこもり): una culture-bound syndrome nell'era del web 2.0 [Hikikomori (ひきこもり): a culture-bound syndrome in the web 2.0 era]. *Rivista di psichiatria*, 48(4), 354–358. <https://doi.org/10.1708/1319.14633>.

- Delisle, M. (1988). What does Solitude Mean to the Aged?. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 7(4), 358-371. <https://doi.org/10.1017/S0714980800014859>.
- Derogatis, L.R. (1992). *SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures Manual-II, for the R (Revised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Clinical Psychometric Research.
- Desai, V., Gupta, A., Andersen, L. Ronnestrand, B., Wong, M. (2021). Stress-Reducing Effects of Playing a Casual Video Game among Undergraduate Students. *Trends in Psychology*, 29, 563–579. <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00062-6>.
- Dolton, P., Makepeace, G., Hutton, S. and Audas, R. (1999). Making the grade. *Work and Opportunity Research Series*, 15.
- Donovan, M., Mackey, C. S., Platt, G. N., Rounds, J., Brown, A. N., Trickey, D. J., Liu, Y., Jones, K. M., & Wang, Z. (2020). Social isolation alters behavior, the gut-immune-brain axis, and neurochemical circuits in male and female prairie voles. *Neurobiology of stress*, 13, 100278. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2020.100278>.
- Ellington H., Addinall E., Percival F. (1982). *A Handbook of Game Design*. Kogan Page.
- Ellis, G.D., Voelkl, J.E., Morris, C. (1994). Measurement and Analysis Issues with Explanation of Variance in Daily Experience Using the Flow Model. *Journal of Leisure Research*, 26 (4): 337–356. <https://doi.org/10.1080/00222216.1994.11969966>.
- Eurofound, (2012). *Young people and NEETs in Europe: first findings*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2806/3177>.
- Eurofound, Jungblut, J., Salvatore, L., Mascherini, M. (2012). *NEETs, young people not in employment, education or training: characteristics, costs and policy responses in Europe*, Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2806/41578>.
- Eurostat (2020). *Statistics on young people neither in employment nor in education or training*. Eurostat, Luxembourg. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Statistics\\_on\\_young\\_people\\_neither\\_in\\_employment\\_nor\\_in\\_education\\_or\\_training#The\\_transition\\_from\\_education\\_to\\_work](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Statistics_on_young_people_neither_in_employment_nor_in_education_or_training#The_transition_from_education_to_work).

- Evans, I. E. M., Martyr, A., Collins, R., Brayne, C., & Clare, L. (2019). Social Isolation and Cognitive Function in Later Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*, 70(s1), S119–S144. <https://doi.org/10.3233/JAD-180501>.
- Evans, S.W.; Beauchaine, T.P., Chronis-Tuscano, A., Becker, S.P., Chacko, A., Gallagher, R., Hartung, C.M., Kofler, M.J., Schultz, B.K., Tamm, L., Youngstrom E.A. (2021). The Efficacy of Cognitive Videogame Training for ADHD and What FDA Clearance Means for Clinicians. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 6, 116–130. [10.1080/23794925.2020.1859960](https://doi.org/10.1080/23794925.2020.1859960).
- Fanous, A., Gardner, C., Walsh, D., & Kendler, K. S. (2001). Relationship between positive and negative symptoms of schizophrenia and schizotypal symptoms in nonpsychotic relatives. *Archives of general psychiatry*, 58(7), 669–673. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.7.669>.
- Farrington, D. & Welsh, B. (2007). *Saving children from a life of crime: Early risk factors and effective intervention*. Oxford University Press.
- Fassino, S., Amianto, F., & Ferrero, A. (2008). Brief Adlerian psychodynamic psychotherapy: theoretical issues and process indicators. *Panminerva medica*, 50(2), 165–175.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Woodward, L. J. (2001). Unemployment and psychosocial adjustment in young adults: causation or selection?. *Social science & medicine (1982)*, 53(3), 305–320. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00344-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00344-0).
- Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Santamaría, J. J., Gunnard, K., Soto, A., Kalapanidas, E., Bults, R. G., Davarakis, C., Ganchev, T., Granero, R., Konstantas, D., Kostoulas, T. P., Lam, T., Lucas, M., Masuet-Aumatell, C., Moussa, M. H., Nielsen, J., & Penelo, E. (2012). Video games as a complementary therapy tool in mental disorders: PlayMancer, a European multicentre study. *Journal of mental health*, 21(4), 364–374. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.664302>.
- Ferrari, A., Soraci, P. (2022). Ludonarrative Dissonance in The Last of Us Part II: Attempting to Create Empathy with a Villain. *Human Interaction & Emerging Technologies (IHET 2022): Artificial Intelligence & Future Applications*, 68. [http://doi.org/10.54941/ahfe1002709](https://doi.org/10.54941/ahfe1002709).
- Ferrari, M., Sabetti, J., McIlwaine, S. V., Fazeli, S., Sadati, S. M. H., Shah, J. L., Archie, S., Boydell, K. M., Lal, S., Henderson, J., Alvarez-Jimenez, M., Andersson, N., Nielsen, R. K. L., Reynolds, J. A., & Iyer, S. N. (2022). Gaming My Way to Recovery: A Systematic Scoping Review of Digital

Game Interventions for Young People's Mental Health Treatment and Promotion. *Frontiers in digital health*, 4, 814248. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.814248>.

Foa, E., Wilson, R. (2016) *Venza Sus Obsesiones*. Robinbook, Ediciones S.L.

Fontana, A. (2017). *Storytelling for dummies*. Hoepli

Franceschini, S.; Bertoni, S. (2019). Improving action video games abilities increases the phonological decoding speed and phonological short-term memory in children with developmental dyslexia. *Neuropsychologia*, 130, 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2018.10.023>.

Frank, E., Anderson, B.P., Stewart, B.D., Dancu, C.V., Hughes, C., West, D. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy*, 19, 403–420. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(88\)80012-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(88)80012-1).

Franklin J., Henning-Smith C. (2020). *Approaching the issue of rural social isolation*. NRHA.

Freud, S. (1930). *Civilization and Its Discontents*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag Wien.

Furlong, A. (2006). Not a very NEET solution: representing problematic labour market transitions among early school-leavers. *Work, Employment and Society*, 20(3), 553–569. <https://doi.org/10.1177/0950017006067001>.

Furnham, A. (1994). The psychosocial consequences of youth unemployment. In A. Petersen & J. Mortimer (Eds.), *Youth Unemployment and Society* (pp. 199-224). Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511664021.012.

García-Campayo, J., Alda, M., Sobradie, N., & Sanz Abós, B. (2007). Un caso de hikikomori en España [A case report of hikikomori in Spain]. *Medicina clinica*, 129(8), 318–319. <https://doi.org/10.1157/13109125>.

Garris, R., Ahlers, R., & Driskell, J. E. (2002). Games, Motivation, and Learning: A Research and Practice Model. *Simulation & Gaming*, 33(4), 441–467. <https://doi.org/10.1177/1046878102238607>.

Gent E. (2019). *The plight of Japan's modern hermits*. BBC.

Giammetta, R. (2013). *Hikikomori: isolarsi per troppa vergogna e dire no al conformismo*. Quipsicologia.it.

- Gillihan, S.J., Williams, M.T., Malcoun, E., Yadin, E., Foa, E.B. (2012). Common Pitfalls in Exposure and Response Prevention (EX/RP) for OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive Related Disorders*, 1, 251–257. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.05.002>.
- Gough C. (2020). *Share of Video Gamers Worldwide in 2020, by Region*. Statista. <https://www.statista.com/statistics/297874/number-mobile-gamers-region/>.
- Grootaert, C. (1998). *Social capital: The missing link?*. Social Capital Initiative.
- Gutiérrez-García, R. A., Benjet, C., Borges, G., Méndez Ríos, E., & Medina-Mora, M. E. (2017). NEET adolescents grown up: eight-year longitudinal follow-up of education, employment and mental health from adolescence to early adulthood in Mexico City. *European child & adolescent psychiatry*, 26(12), 1459–1469. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1004-0>.
- Ha J.H, Ingersoll-Dayton B. (2011). Moderators in the relationship between social contact and psychological distress among widowed adults. *Aging & Mental Health*, 15 (3), 354–63. [10.1080/13607863.2010.519325](https://doi.org/10.1080/13607863.2010.519325).
- Hackett, R. A., Hudson, J. L., & Chilcot, J. (2020). Loneliness and type 2 diabetes incidence: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Diabetologia*, 63(11), 2329–2338. <https://doi.org/10.1007/s00125-020-05258-6>.
- Hammer, T. (2000). Mental Health and Social Exclusion among Unemployed Youth in Scandinavia. A Comparative Study. *International Journal of Social Welfare*, 9(1), 53–63. <https://doi.org/10.1111/1468-2397.00108>.
- Harrer, S. (2013). From Losing to Loss: Exploring the Expressive Capacities of Videogames Beyond Death as Failure. *Culture Unbound*, 5(4), 607–620. <https://doi.org/10.3384/cu.2000.1525.135607>.
- Harrer, S. (2018). Games and Bereavement: How Video Games Represent Attachment, Loss, and Grief. Transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839444153>.
- Hawkley, L. C., Cacioppo, J.T. (2009). Loneliness. In H.R.S. Sprecher (Ed.), *Encyclopedia of human relationships* (pp.985-990). Sage.
- Hawthorne, G. (2006). Measuring social isolation in older adults: Development and initial validation of the friendship scale. *Social Indicators Research*, 77(3), 521–548. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-7746-y>.

- Herbolsheimer F., Ungar N., Peter R. (2018). Why Is Social Isolation Among Older Adults Associated with Depressive Symptoms? The Mediating Role of Out-of-Home Physical Activity. *International Journal of Behavioral Medicine*, 25 (6). 649–657. [10.1007/s12529-018-9752-x](https://doi.org/10.1007/s12529-018-9752-x).
- Herttua K., Martikainen P., Vahtera J., Kivimäki M. (2011). Living alone and alcohol-related mortality: a population-based cohort study from Finland. *PLOS Medicine*, 8 (9), e1001094. [10.1371/journal.pmed.1001094](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001094).
- Hjalmarsson, S.; Mood, C. (2015). Do poorer youth have fewer friends? The role of household and child economic resources in adolescent school-class friendships. *Children and Youth Services Review*, 57, 201–211. [10.1016/j.childyouth.2015.08.013](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.08.013).
- Hojman, H. (2020), The positive use of video games and media in psychodynamic psychotherapy. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 36, 1-6. <https://doi.org/10.1002/cbl.30474>.
- Holt-Lunstad, J., & Steptoe, A. (2022). Social isolation: An underappreciated determinant of physical health. *Current opinion in psychology*, 43, 232–237. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.07.012>.
- Holwerda, T. J., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Stek, M. L., van Tilburg, T. G., Visser, P. J., Schmand, B., Jonker, C., & Schoevers, R. A. (2012). Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychological medicine*, 42(4), 843–853. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001772>.
- Horne-Moyer, H. L., Moyer, B. H., Messer, D. C., & Messer, E. S. (2014). The use of electronic games in therapy: a review with clinical implications. *Current psychiatry reports*, 16(12), 520. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0520-6>.
- House, J. S., Landis, K. R., Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science (New York, N.Y.)*, 241(4865), 540–545. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>.
- House, J. S., Robbins, C., & Metzner, H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American journal of epidemiology*, 116(1), 123–140. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113387>.
- Huizinga, J. (1971). *Homo Ludens: A Study of the Play Element in Culture*. Beacon Press.

Hussain, W.M.H. (2018). Augmented reality games (arg) and pokémon go: Preventing hikikomori in Malaysia. *International Journal of Civil Engineering and Technology*, 9, 1128-1135.

International Labour Organization (2013). *Decent work indicators, Guidelines for producers and users of statistical and legal framework indicators*. ILO Manual, II ed.

Isobe, U. (2004). *Hikikomori-ga Naoru Toki*. Kōsōsha.

Istituto Nazionale di Statistica (2013). *Noi Italia*. <https://www.istat.it/it/files//2013/03/Noi-Italia-2013.pdf>.

Iyadurai, L., Blackwell, S. E., Meiser-Stedman, R., Watson, P. C., Bonsall, M. B., Geddes, J. R., Nobre, A. C., & Holmes, E. A. (2018). Preventing intrusive memories after trauma via a brief intervention involving Tetris computer game play in the emergency department: a proof-of-concept randomized controlled trial. *Molecular psychiatry*, 23(3), 674–682. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.23>.

Jackson, S. A., & Marsh, H. (1996). Development and validation of a scale to measure optimal experience: The Flow State Scale. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 18(1), 17–35.

Japan Cabinet Office (2016). *Wakamono no Seikatsu ni Kansuru Chousa-Houkokusho [Investigation on life of youth]*. <https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/h27/pdf/teigi.pdf>

Japan Cabinet Office (2019). *Seikatsu Joukyou ni Kansuru Chousa [Investigation on living conditions]*. <https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/life/h30/pdf-index.html>

Jiménez-Muñoz, L., Peñuelas-Calvo, I., Calvo-Rivera, P., Díaz-Oliván, I., Moreno, M., Baca-García, E., Porrás-Segovia, A. (2022). Video Games for the Treatment of Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *J Autism Dev Disord*, 52, 169–188. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04934-9>.

Jozuka E. (2016). *Why won't 541,000 young Japanese leave the house?*. CNN.

Jung, J., & Gillet, G. (2021). Psychotherapy mediated by videogames. *The International journal of psycho-analysis*, 102(2), 281–296. <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1847601>.

Juul, J. (2005). *Half-Real: Video Games Between Real Rules and Fictional Worlds*. MIT Press.

Juul, J. (2013). *The Art of Failure: An Essay on the Pain of Playing Video Games*. MIT Press.

- Kapur, M. (2008). Productive Failure. *Cognition and Instruction*, 26, 379-424. <https://doi.org/10.1080/07370000802212669>.
- Kapur, M., Bielaczyc, K. (2012). Designing for productive failure. *Journal of the Learning Sciences*, 21, 45–83. <https://doi.org/10.1080/10508406.2011.591717>.
- Kato, T. A., Kanba, S., & Teo, A. R. (2018). Hikikomori: experience in Japan and international relevance. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(1), 105–106. <https://doi.org/10.1002/wps.20497>.
- Kato, T. A., Kanba, S., & Teo, A. R. (2020). Defining pathological social withdrawal: proposed diagnostic criteria for hikikomori. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(1), 116–117. <https://doi.org/10.1002/wps.20705>.
- Kato, T. A., Sartorius, N., & Shinfuku, N. (2020). Forced social isolation due to COVID-19 and consequent mental health problems: Lessons from hikikomori. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(9), 506–507. <https://doi.org/10.1111/pcn.13112>.
- Kato, T. A., Tateno, M., Shinfuku, N., Fujisawa, D., Teo, A. R., Sartorius, N., Akiyama, T., Ishida, T., Choi, T. Y., Balhara, Y. P., Matsumoto, R., Umene-Nakano, W., Fujimura, Y., Wand, A., Chang, J. P., Chang, R. Y., Shadloo, B., Ahmed, H. U., Lerthattasilp, T., & Kanba, S. (2012). Does the 'hikikomori' syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(7), 1061–1075. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0411-7>.
- Kato, T.A., Shinfuku, N., Sartorius, N., Kanba, S. (2017). Loneliness and Single-Person Households: Issues of *Kodokushi* and *Hikikomori* in Japan. In: Okkels, N., Kristiansen, C., Munk-Jørgensen, P. (eds), *Mental Health and Illness in the City* (pp. 205-219). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-2327-9\\_9](https://doi.org/10.1007/978-981-10-2327-9_9).
- Kestenbaum C. J. (1985). The creative process in child psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 39(4), 479–489. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1985.39.4.479>.
- Khan, S., Abbasi, A. Z., Kazmi, S. F., Hooi, T. D., Rehman, U., Hlavacs, H., & Arslan, F. S. (2022). Serious video games and psychological support: A depression intervention among young cancer patients. *Entertainment Computing*, 41, Article 100479. <https://doi.org/10.1016/j.entcom.2022.100479>.

King, G., Keohane, R. O. and Verba, S. (1994) *Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research*. Princeton University Press: Chichester.

Kinugasa T. (1998). Yanguadaruto no hikikomori [Social withdrawal in young adults]. *Rinshou Seishin Igaku [Clinical Psychiatry]*, 27, 147–152.

Kirmayer L. J. (1991). The place of culture in psychiatric nosology: Taijin kyofusho and DSM-III-R. *The Journal of nervous and mental disease*, 179(1), 19–28. <https://doi.org/10.1097/00005053-199101000-00005>.

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2006). Mental health first aid training: review of evaluation studies. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 40(1), 6–8. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01735.x>.

Kiyoshi, I. (2017). “Hikikomori”: *Social Recluses in the Shadows of an Aging Japan*. Nippon.com.

Kiyota A, Usami M, Oosumi H. (2008) Chiiki renkei shisutemu ni yoru hikikomori shien to ekigakuteki kentou [Support and epidemiological analysis of social withdrawal using a system of regional partnerships]. *Kokoro no Kenkou Kagaku Kenkyuu*, 95–101.

Kondo N, Kiyota Y, Kitahata Y. (2010). Shishunki Hikikomori Ni Okeru Seishin Igakuteki Shougai no Jittai Haaku Ni Kan Suru Kenkyuu [Research on the Psychiatric Disorders in Adolescents with Social Withdrawal]. *Kokoro no Kenkou Kagaku Kenkyuu*.

Kondo, N., Sakai, M., Kuroda, Y., Kiyota, Y., Kitabata, Y., & Kurosawa, M. (2013). General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. *The International journal of social psychiatry*, 59(1), 79–86. <https://doi.org/10.1177/0020764011423611>.

Kowal, M., Conroy, E., Ramsbottom, N., Smithies, T., Toth, A., & Campbell, M. (2021). Gaming Your Mental Health: A Narrative Review on Mitigating Symptoms of Depression and Anxiety Using Commercial Video Games. *JMIR serious games*, 9(2), e26575. <https://doi.org/10.2196/26575>.

Koyama, A., Miyake, Y., Kawakami, N., Tsuchiya, M., Tachimori, H., Takeshima, T., & World Mental Health Japan Survey Group, 2002-2006 (2010). Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of "hikikomori" in a community population in Japan. *Psychiatry research*, 176(1), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.10.019>.

- Kraav, S. L., Awoyemi, O., Junttila, N., Vornanen, R., Kauhanen, J., Toikko, T., Lehto, S. M., Hantunen, S., & Tolmunen, T. (2021). The effects of loneliness and social isolation on all-cause, injury, cancer, and CVD mortality in a cohort of middle-aged Finnish men. A prospective study. *Aging & mental health*, 25(12), 2219–2228. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1830945>.
- Kubo, H., Urata, H., Sakai, M., Nonaka, S., Saito, K., Tateno, M., Kobara, K., Hashimoto, N., Fujisawa, D., Suzuki, Y., Otsuka, K., Kamimae, H., Muto, Y., Usami, T., Honda, Y., Kishimoto, J., Kuroki, T., Kanba, S., & Kato, T. A. (2020). Development of 5-day hikikomori intervention program for family members: A single-arm pilot trial. *Heliyon*, 6(1), e03011. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e03011>.
- Lacey, R. E., Kumari, M., & Bartley, M. (2014). Social isolation in childhood and adult inflammation: evidence from the National Child Development Study. *Psychoneuroendocrinology*, 50, 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.08.007>.
- Lee, E.J., Kim, H.S., Choi, S. (2021). Violent Video Games and Aggression: Stimulation or Catharsis or Both?. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 24, 41–47. <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0033>.
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>.
- Lin F.R., Yaffe K., Xia J., Xue Q.L., Harris T.B., Purchase-Helzner E., (2013). Hearing loss and cognitive decline in older adults. *JAMA Internal Medicine*, 173 (4), 293–9. [10.1001/jamainternmed.2013.1868](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.1868).
- Logas, H. (2004). Agency: A Character-Centric Approach to Single Player Digital Space Role Playing Games. Master's Thesis, Georgia Institute of Technology, Atlanta, GA, USA.
- Lunsing, W. (2007). The Creation of the Social Category of NEET (Not in Education, Employment or Training): Do NEET Need This? *Social Science Japan Journal*, 10, 105-110. <https://doi.org/10.1093/ssjj/jym016>.
- Maguire S. (2015). NEET, unemployed, inactive or unknown — why does it matter?. *Educational Research*, 57(2), 121–132. <https://doi.org/10.1080/00131881.2015.1030850>.

- Malti T., Gummerum M., Keller M., Chaparro M.P., Buchmann M. (2012). Early sympathy and social acceptance predict the development of sharing in children. *PLOS ONE*, 7 (12), e52017. [10.1371/journal.pone.0052017](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052017).
- Martin, G. N., Carlson, N. R., Buskist, W. (2017). *Psychology*. Pearson.
- McGonigal, J. (2011). *Reality Is Broken: Why Games Make Us Better and How They Can Change the World*. Penguin Press.
- Meadows, P. (2001). *Young men on the margins of work: An overview report*. Joseph Rowntree Foundation.
- Milton, D.E.M. (2012). On the ontological status of autism: the ‘double empathy problem’. *Disability & Society*, 27 (6), 883–887. [10.1080/09687599.2012.710008](https://doi.org/10.1080/09687599.2012.710008).
- Ministry of Health, Labour and Welfare (2003). *Hikikomori No Taiou Gaido-Rain [Guideline for Response to Hikikomori]*. <https://www.mhlw.go.jp/topics/2003/07/tp0728-1.html>.
- Ministry of Health, Labour and Welfare (2010). *Hikikomori No Hyouka-Shien Ni Kansuru Gaido-Rain [Guideline of hikikomori for their evaluation and support]*.
- Minnesota Department of Health (2010). *Social connectedness: Evaluating the healthy people 2020 framework*. Minnesota Department of Health Community and Family Health Division, Office of Public Health Practice.
- Molina, R., Díaz-Oliván, I., Girela, B., Moreno, M., Jiménez-Muñoz, L., Delgado-Gómez, D., Peñuelas-Calvo, I., Baca-García, E., & Porras-Segovia, A. (2022). Video Games as a Complementary Therapy for Schizophrenia: A Systematic Review. *Journal of psychiatric practice*, 28(2), 143–155. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000614>.
- Moneta, G.B. (2004). The Flow Experience Across Cultures. *Journal of Happiness Studies*, 5, 115–121. <https://doi.org/10.1023/B:JOHS.0000035913.65762.b5>.
- Moraes, T.M., Zaninotto, A.L., Neville, I.S., Hayashi, C.Y., Paiva, W.S. (2021). Immersive virtual reality in patients with moderate and severe traumatic brain injury: A feasibility study. *Health Technol*, 11, 1035–1044. <https://doi.org/10.1007/s12553-021-00582-2>.

- Morash, M., & Rucker, L. (1989). An Exploratory Study of the Connection of Mother's Age at Childbearing to Her Children's Delinquency in Four Data Sets. *Crime & Delinquency*, 35(1), 45–93. <https://doi.org/10.1177/0011128789035001004>.
- Moreno, J.; Jonathan Fox, M. (1987). *The Essential Moreno: Writings on Psychodrama, Group Method, and Spontaneity*. Springer.
- Moscovitch, D.A., Antony, M.M., Swinson, R.P. (2008). Exposure-Based Treatments for Anxiety Disorders: Theory and Process. *Oxford handbook of anxiety and related disorders*, 461-475. [10.1093/oxfordhb/9780195307030.013.0035](https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195307030.013.0035).
- Mossakowski K. N. (2008). Is the duration of poverty and unemployment a risk factor for heavy drinking?. *Social science & medicine* (1982), 67(6), 947–955. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.05.019>.
- Myers, I. B. (1962). *The Myers-Briggs Type Indicator: Manual (1962)*. Consulting Psychologists Press. <https://doi.org/10.1037/14404-000>.
- Nakagami, Y., Ii, T., Russ, T. C., Marques, J. G., Riese, F., Sönmez, E., Hopwood, M., & Akiyama, T. (2017). Taijin kyofusho: A culture-bound diagnosis discussed by Japanese and international early career psychiatrists. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 71(2), 146. <https://doi.org/10.1111/pcn.12482>.
- Nakamura K, Shioji R. (1997). Taijin kyofushou to hikikomori. *Rinshou Seishin Igaku [Clinical Psychiatry]*, 26, 1169–1176.
- National Academics of Science, Engineering, and Medicine (2020). *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. National Academics Press.
- Nerli Ballati E., Di Paola P. (2017). I NEET in Italia, una questione generazionale o di classe?. *Fondazione Ermanno Gorrieri*. [www.eticaeconomia.it/i-NEET-in-italia-una-questione-generazionale-o-di-classe/](http://www.eticaeconomia.it/i-NEET-in-italia-una-questione-generazionale-o-di-classe/).
- Newman B.M., Newman P.R. (2011). *Development Through Life: A Psychosocial Approach*. Wadsworth.

- Nicholas, J., Larsen, M. E., Proudfoot, J., & Christensen, H. (2015). Mobile Apps for Bipolar Disorder: A Systematic Review of Features and Content Quality. *Journal of medical Internet research*, 17(8), e198. <https://doi.org/10.2196/jmir.4581>.
- Nicoletti, G. (2012). *L'hikikomori entra nel vocabolario e nella realtà italiana*. La Stampa.
- Nomura O., Shibuya T., Osada T. (2014). 'Hikikomori' social withdrawal' triggered by gastrointestinal symptoms, which was improved by medical treatment for Crohn's disease – A case report. *J. Psychosom. Med. Digest. Dis.*, 21, 23–25.
- Northeastern Community (2021). *Social Isolation Can Lead to Low Self Esteem*. Northeastern University.
- Oreopoulos, P., Page, M. & Stevens, A. (2004). Does Human Capital Transfer from Parent to Child? The Intergenerational Effects of Compulsory Schooling. *Journal of Labor Economics*, 24, 729-760. DOI: 10.3386/w10164.
- Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (2010). *Off to a good start? Jobs for youth*. OCSE. <https://www.oecd.org/els/offtoagoodstartjobsforyouth.htm>.
- Ortoncelli, S. (2011). *Tempi duri per i Né – Né*. Cultura&Spettacoli. [https://web.archive.org/web/20181109032436/http://www.ilsecoloxix.it/p/cultura/2011/07/15/AOOgcKl-tempi\\_duri\\_per.shtml](https://web.archive.org/web/20181109032436/http://www.ilsecoloxix.it/p/cultura/2011/07/15/AOOgcKl-tempi_duri_per.shtml)
- Pallavicini, F., Pepe, A., Mantovani, F. (2021). Commercial Off-The-Shelf Video Games for Reducing Stress and Anxiety: Systematic Review. *JMIR Ment Health*, 8(8) e28150. [doi:10.2196/28150](https://doi.org/10.2196/28150).
- Pandy, R. (2012). *Learning Disabilities and Self-Esteem*. All Capstone Projects.
- Pantell, M., Rehkopf, D., Jutte, D., Syme, S. L., Balmes, J., & Adler, N. (2013). Social isolation: a predictor of mortality comparable to traditional clinical risk factors. *American journal of public health*, 103(11), 2056–2062. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301261>.
- Pasieka, C. (2022). *This woman with disabilities gets only \$1,169 a month. She hopes the Ontario election changes that*. CBC News.
- Pemberton, S. (2008). Tackling the NEET Generation and the Ability of Policy to Generate a 'NEET' Solution—Evidence from the UK. *Environment and Planning C: Government and Policy*, 26(1), 243–259. <https://doi.org/10.1068/c0654>.

- Penninkilampi, R., Casey, A. N., Singh, M. F., & Brodaty, H. (2018). The Association between Social Engagement, Loneliness, and Risk of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 66(4), 1619–1633. <https://doi.org/10.3233/JAD-180439>.
- Perissinotto, C. M., Stijacic Cenzer, I., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of internal medicine*, 172(14), 1078–1083. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.1993>.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a Social Psychology of Loneliness. In R. Gilmour, & S. Duck (Eds.), *Personal Relationships: 3. Relationships in Disorder* (pp. 31-56). Academic Press.
- Popescu, M., Romero, M., Usart, M. (2013). Serious Games for Serious Learning Using SG for Business, Management and Defence Education. *International Journal of Computer Science Research and Application*, 3, 5–15.
- Powell, N. D., Sloan, E. K., Bailey, M. T., Arevalo, J. M., Miller, G. E., Chen, E., Kobor, M. S., Reader, B. F., Sheridan, J. F., & Cole, S. W. (2013). Social stress up-regulates inflammatory gene expression in the leukocyte transcriptome via  $\beta$ -adrenergic induction of myelopoiesis. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(41), 16574–16579. <https://doi.org/10.1073/pnas.1310655110>.
- Pressman, S. D., Cohen, S., Miller, G. E., Barkin, A., Rabin, B. S., & Treanor, J. J. (2005). Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 24(3), 297–306. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.3.297>.
- Prunas, A., Sarno, I., Preti, E., Madeddu, F., & Perugini, M. (2012). Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: A study on a large community sample. *European Psychiatry*, 27(8), 591-597. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.12.006>.
- Qualter, P., Brown, S. L., Munn, P., & Rotenberg, K. J. (2010). Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: an 8-year longitudinal study. *European child & adolescent psychiatry*, 19(6), 493–501. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0059-y>.
- Quattropani, M., Lenzo, V., Mucciardi, M., & Toffle, M. (2015). Psychometric properties of the Italian version of the Short Form of the Metacognitions Questionnaire (MCQ-30). *BPA Applied Psychology Bulletin*, 269, 30-42.

- Quintano, C., Mazzocchi, P., & Rocca, A. (2018). The determinants of Italian NEETs and the effects of the economic crisis. *Genus*, 74(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s41118-018-0031-05>.
- Rachman, S. (1966). Studies in desensitization—II: Flooding. *Behavior Research and Therapy*, 4, 10. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(66\)90037-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(66)90037-4).
- Ranieri, F., Andreoli, M., Bellagamba, E., Franchi, E., Mancini, F., Pitti, L., Sfamini, S., Stoppielli, M. (2015). Early Adolescence in Social Withdrawal: Two Hikikomori in Treatment. *European Psychiatry*, 30, 1198. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30941-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30941-X).
- Rohani, D., Sørensen, H., Puthusserypady, S. (2014, Agosto, 26-30). *Brain-computer interface using P300 and virtual reality: A gaming approach for treating ADHD*. 2014 36th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society, Chicago, IL, USA. [10.1109/EMBC.2014.6944403](https://doi.org/10.1109/EMBC.2014.6944403).
- Rupp, M. A., Sweetman, R., Sosa, A. E., Smither, J. A., & McConnell, D. S. (2017). Searching for Affective and Cognitive Restoration: Examining the Restorative Effects of Casual Video Game Play. *Human factors*, 59(7), 1096–1107. <https://doi.org/10.1177/0018720817715360>.
- Russell D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20–40. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2).
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>.
- Saito T. (1998). *Shakaiteki Hikikomori-Owaranai Shishunki [Social Withdrawal: A Never-ending Adolescence]*. PHP Shinsho.
- Sakai M., Nonaka S. (2013). CRAFT Hikikomori no Kazoku-Shien Workbook [CRAFT Workbook for Supporting Family Members of Hikikomori]. *Kongoshuppan*.
- Sakamoto, N., Martin, R. G., Kumano, H., Kuboki, T., & Al-Adawi, S. (2005). Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidotherapy and a clinical vignette from Oman. *International journal of psychiatry in medicine*, 35(2), 191–198. <https://doi.org/10.2190/7WEQ-216D-TVNH-PQJ1>.

- Salen, K.; Zimmerman, E. (2003). *Rules of Play: Game Design Fundamentals*. MIT Press.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>.
- Schindler, F.E. (1980). Treatment by systematic desensitization of a recurring nightmare of a real life trauma. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 11, 53–54. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(80\)90053-1](https://doi.org/10.1016/0005-7916(80)90053-1).
- Schubring, D., Kraus, M., Stolz, C., Weiler, N., Keim, D. A., & Schupp, H. (2020). Virtual Reality Potentiates Emotion and Task Effects of Alpha/Beta Brain Oscillations. *Brain Sciences*, 10(8), 537. <http://dx.doi.org/10.3390/brainsci10080537>.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Hall, L.E., Haggerty, D.J., Cooper, J.T., Golden, C.J., et al. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.
- Selye H. (1975). Stress and distress. *Comprehensive therapy*, 1(8), 9–13.
- Selye, H. (1976). *Stress in Health and Disease*. Butterworths.
- Shen J., Wajeeh-ul-Husnain S., Kang H., Jin Q. (2021). Effect of outgroup social categorization by host-country nationals on expatriate premature return intention and buffering effect of mentoring. *Journal of International Management*, 27 (2), 100855. [10.1016/j.intman.2021.100855](https://doi.org/10.1016/j.intman.2021.100855)
- Shubina, I. (2017). Creativity In Psychotherapy: The Possibilities Of Its Utilization. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 99-111. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2017.05.12>.
- Social Exclusion Task Force (2008). *Think family: Improving the life chances of families at risk*. Cabinet Office.
- Social Exclusion Unit (1999). *Bridging the gap: new opportunities for 16-18 year olds not in education, employment or training*. Great Britain: Cabinet Office. <https://dera.ioe.ac.uk/id/eprint/15119/>.
- Sokolov, A. A., Collignon, A., & Bieler-Aeschlimann, M. (2020). Serious video games and virtual reality for prevention and neurorehabilitation of cognitive decline because of aging and neurodegeneration. *Current opinion in neurology*, 33(2), 239–248. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000791>.

- Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *110*(15), 5797–5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>.
- Stoneman, P. & Thiel, D. (2010). *NEET in Essex: A review of the evidence*. University of Essex, Colchester.
- Strelitz, J. (2003). ‘Tackling disadvantage: Place’ in Darton, D. and Strelitz, J. (eds.), *Tackling UK poverty and disadvantage in the twenty-first century: An exploration of the issues*. Joseph Rowntree Foundation.
- Strobach, T., Schubert, T. (2021). Video Game Training and Effects on Executive Functions. In: Strobach, T., Karbach, J. (eds) *Cognitive Training* (pp. 229-241). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-39292-5\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-030-39292-5_16).
- Suits, B.; Hurka, T. (2005). *The Grasshopper: Games, Life and Utopia*. Broadview Press.
- Takahashi, D. (2011). Modern Warfare 3’s disturbing scene involves child’s death. *VentureBeat*. <http://venturebeat.com/2011/11/07/modern-warfare-3s-disturbing-scene-involves-childs-death/>.
- Tanskanen, J., & Anttila, T. (2016). A Prospective Study of Social Isolation, Loneliness, and Mortality in Finland. *American journal of public health*, *106*(11), 2042–2048. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303431>.
- Tateno, M., Park, T. W., Kato, T. A., Umene-Nakano, W., & Saito, T. (2012). Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: a questionnaire survey. *BMC psychiatry*, *12*, 169. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-169>.
- Tateno, M., Skokauskas, N., Kato, T. A., Teo, A. R., & Guerrero, A. P. S. (2016). New game software (Pokémon Go) may help youth with severe social withdrawal, hikikomori. *Psychiatry research*, *246*, 848–849. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.038>.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1992). The Revised Toronto Alexithymia Scale: some reliability, validity, and normative data. *Psychotherapy and psychosomatics*, *57*(1-2), 34–41. <https://doi.org/10.1159/000288571>.
- Teo, A. R., Fetters, M. D., Stufflebam, K., Tateno, M., Balhara, Y., Choi, T. Y., Kanba, S., Mathews, C. A., & Kato, T. A. (2015). Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal:

Psychosocial features and treatment preferences in four countries. *The International journal of social psychiatry*, 61(1), 64–72. <https://doi.org/10.1177/0020764014535758>.

Teo, A. R., Stufflebam, K., Saha, S., Fetters, M. D., Tateno, M., Kanba, S., & Kato, T. A. (2015). Psychopathology associated with social withdrawal: Idiopathic and comorbid presentations. *Psychiatry research*, 228(1), 182–183. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.033>.

Tore, S.D.; Fulgione, M.; Sibilio, M. (2014). Dislessia e Videogames: Il Potenziale Didattico dei Videogiocli. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 5(23), 1165. [10.5901/mjss.2014.v5n23p1165](https://doi.org/10.5901/mjss.2014.v5n23p1165).

Twenge J.M. (2017). *iGen: Why Today's Super-Connected Kids Are Growing Up Less Rebellious, More Tolerant, Less Happy — And Completely Unprepared for Adulthood (And What This Means for the Rest of Us)*. Atria Books.

Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart (British Cardiac Society)*, 102(13), 1009–1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>.

Vatansever, D., Wang, S. & Sahakian, B.J. (2021). Covid-19 and promising solutions to combat symptoms of stress, anxiety and depression. *Neuropsychopharmacol*, 46, 217–218. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-00791-9>.

Verma, R., Harris, N. M., Friedler, B. D., Crapser, J., Patel, A. R., Venna, V., & McCullough, L. D. (2016). Reversal of the Detrimental Effects of Post-Stroke Social Isolation by Pair-Housing is Mediated by Activation of BDNF-MAPK/ERK in Aged Mice. *Scientific reports*, 6, 25176. <https://doi.org/10.1038/srep25176>.

Verschuren, P. J. M. (2003). Case study as a research strategy: Some ambiguities and opportunities. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 6(2), 121–139. <https://doi.org/10.1080/13645570110106154>.

Walker, E., Ploubidis, G., & Fancourt, D. (2019). Social engagement and loneliness are differentially associated with neuro-immune markers in older age: Time-varying associations from the English Longitudinal Study of Ageing. *Brain, behavior, and immunity*, 82, 224–229. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.08.189>.

- Wang S.S. (2015). *The fight to save Japan's young shut-ins*. Wall Street Journal.
- Wann, J., Mon-Williams, M. (1996). What does virtual reality NEED?: Human factors issues in the design of three-dimensional computer environments. *International Journal of Human-Computer Studies*, 44, 829–847. <https://doi.org/10.1006/ijhc.1996.0035>.
- Ward, M., May, P., Normand, C., Kenny, R. A., & Nolan, A. (2021). Mortality risk associated with combinations of loneliness and social isolation. Findings from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Age and ageing*, 50(4), 1329–1335. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab004>.
- Watson, J.B. (1913). *Psychology as the Behaviorist Views it*. Psychological Review Company.
- Webber M., Fendt-Newlin M. (2017). A review of social participation interventions for people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52 (4), 369–380. [10.1007/s00127-017-1372-2](https://doi.org/10.1007/s00127-017-1372-2).
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT Press.
- West, D. and Farrington, D. (1973). *Who becomes delinquent?*. Heinemann.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Norton Professional Books.
- Williams, W. (2013, Marzo, 25-28). *We are not heroes: Contextualizing violence through narrative*. Game Developers Conference. San Francisco, USA. <https://www.gdcvault.com/play/1017980/We-Are-Not-Heroes-Contextualizing>.
- Wilson, W. J. (1987). *The truly disadvantaged: The inner city, the underclass, and public policy*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional Reflex*, 3, 234–240. <https://doi.org/10.1007/BF03000093>.
- Wong, P. W. C., Liu, L. L., Li, T. M. H., Kato, T. A., & Teo, A. R. (2017). Does hikikomori (severe social withdrawal) exist among young people in urban areas of China?. *Asian journal of psychiatry*, 30, 175–176. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.10.026>.

- Wu, A. F. W., Ooi, J., Wong, P. W. C., Catmur, C., & Lau, J. Y. F. (2019). Evidence of pathological social withdrawal in non-Asian countries: a global health problem?. *The lancet. Psychiatry*, 6(3), 195–196. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30428-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30428-0).
- Yamazaki, S., Ura, C., Shimmei, M., & Okamura, T. (2021). In search of lost time: Long-term prognosis of hikikomori called 8050 crisis. *International journal of geriatric psychiatry*, 36(10), 1590–1591. <https://doi.org/10.1002/gps.5585>.
- Yang, Y. C., Boen, C., Gerken, K., Li, T., Schorpp, K., & Harris, K. M. (2016). Social relationships and physiological determinants of longevity across the human life span. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 113(3), 578–583. <https://doi.org/10.1073/pnas.1511085112>.
- Yates S., Payne M. (2006). Not so NEET? A critique of the use of ‘NEET’ in setting targets for interventions with young people. *Journal of Youth Studies*, 9(3), 329–344. <https://doi.org/10.1080/13676260600805671>
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. SAGE Publications Ltd: London.
- Yong, R., & Nomura, K. (2019). Hikikomori Is Most Associated With Interpersonal Relationships, Followed by Suicide Risks: A Secondary Analysis of a National Cross-Sectional Study. *Frontiers in psychiatry*, 10, 247. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00247>.
- Young, J. E. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. In L. A. Peplau and D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory* (pp. 1-18). Wiley-Interscience Publication.
- Yuan, R. Y., Chen, S. C., Peng, C. W., Lin, Y. N., Chang, Y. T., & Lai, C. H. (2020). Effects of interactive video-game-based exercise on balance in older adults with mild-to-moderate Parkinson's disease. *Journal of neuroengineering and rehabilitation*, 17(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12984-020-00725-y>.
- Zavaleta, D., Samuel, K., Mills, C. T. (2017). Measures of social isolation. *Social Indicators Research*, 131(1), 367–391. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1252-2>.
- Zhu, F. (2017). Computer games and the aesthetic practices of the self: Wandering, transformation, and transfiguration. Ph.D. Thesis, The University of Manchester, Manchester, UK.

Zorzoli, M. (2018). *Hikikomori, è boom anche in Italia: migliaia di giovani si auto-recludono in casa*. Business Insider Italia.